Бел. мед.
думка.
1927 № 1-2

1551

Пролетары ўсіх краёў, злучайцеся!

БЕЛАРУСКАЯ СОЦЫЯЛІСТЫЧНАЯ САВЕЦКАЯ РЭСПУБЛІКА

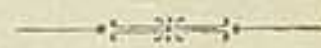
3-ці год выданьня

Замеченные опечатки:

	Напечатано:	Следует читать:
В оглавлении строка 13 сверху	полители	полителии
На странице 6 строка 13 сверху	Женотдела, партии	Женотдела партии
„ „ 7 „ 9 снизу	Здравоохранения. С‘езд	Здравоохранения, с‘езд
„ „ 17 „ 6 сверху	53299 насельніцтва	53299 захварэўшых
„ „ 17 „ 7 „	4.254 тыс. захварэўшых	4254 тыс. насельніцтва
„ „ 18 „ 11 „	адзіным фронтам	адзіным фронтам“.
„ „ 30 „ 17 „	Rw	RW
„ „ 33 „ 16 снизу	Ижд. Соб.	Иждив. Собеса.

№ 1-2

СТУДЗЕНЬ-ЛЮТЫ
1927



ВЫДАНЬНЕ НАРОДНАГА КАМІСАРЫЯТУ
АХОВЫ ЗДАРОЎЯ Б. С. Р. Р.
МЕНСК

Пролетары ўсіх краёў, злучайцеся!
БЕЛАРУСКАЯ СОЦЫЯЛІСТЫЧНАЯ САВЕЦКАЯ РЭСПУБЛІКА

3-ці год выданьня

БЕЛАРУСКАЯ
МЭДЫЧНАЯ ДУМКА

(БЕЛОРУССКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ МЫСЛЬ)

№ 1-2

СТУДЗЕНЬ-ЛЮТЫ
1927

ВЫДАНЬНЕ НАРОДНАГА КАМІСАРЫЯТУ
АХОВЫ ЗДАРОЎЯ Б. С. Р. Р.
МЕНСК

Изд.

1-ая Дзярж. друк. Заказ № 1355. У ліку 500 экз. Галоўлітбел № 24007.

Общественное здравоохранение.

Постановление 2-го Всебелорусского с'езда участковых врачей и работников здравоохранения

*по отчетному докладу Наркомздрава тов. Барсукова и по содокладу тов. Гарбеля: „Рационализация структуры и управления органов здравоохранения“ *).*

1. Заслушав отчетный доклад Народного Комиссара Здравоохранения БССР тов. Барсукова, 2-й Всебелорусский С'езд участковых врачей и работников Здравоохранения одобряет общую линию работы Наркомздрава и считает правильными те основные задачи, которые намечены в пятилетнем плане медико-санитарного строительства.

С'езд отмечает следующие достижения:

а) Рост приближения всех видов лечебно-профилактической помощи к крестьянству.

б) Значительное улучшение в снабжении лечебно-профилактических учреждений медикаментами и врачебным инструментарием.

в) Постепенное заполнение медперсоналом участковой сети.

г) Усиление местного бюджета по Здравоохранению, особенно районного, за счет государственного и профилактический характер построения бюджета.

д) Оформление законодательным порядком санитарных органов Республики и правильность размежевания лечебной и санитарной организации.

е) Выполнение Государственным Бактериологическим Институтом работы по приближению антирабических прививок к населению и развертывание производственного дела по изготовлению вакцин и сывороток.

ж) Проведение через Совет Народных Комиссаров декрета об улучшении быта сельского медперсонала, увеличении заработной платы и организации учета медицинских работников.

Вместе с тем, С'езд считает, что стабилизация здравоохранения как в городе, так и в деревне, еще не наступила и требуется дальнейшее усиление не только количественного, но, главным образом, качественного состояния медико-санитарной сети.

2. Основывая медико-санитарное строительство в деревне на обеспечении всех трудящихся бесплатной, общедоступной и квалифицированной медицинской помощью, С'езд выдвигает для деревни следующие основные положения медико-санитарной организации:

а) Вся медико-санитарная организация в сельских местностях должна строиться применительно к административному районированию.

б) В каждом районе должно быть организовано такое количество врачебных пунктов с прикреплением к ним определенной части с/советов для обслуживания (так назыв. врачебных участков), чтобы

*) Принято единогласно 2-м Всебелорусским С'ездом участковых врачей и работников Здравоохранения 31 января 1927 г.

наибольшая отдаленность населенных мест от врачебного пункта не была бы выше 10 верст, а число обслуживаемого населения не превышало бы 12.000 человек.

в) При каждом сельском врачебном пункте должны быть: амбулатория, зуболечебный кабинет, транспортные средства, приемный покой с изолятором, всего на 5 коек.

г) В каждом районе при одном из врачебных пунктов должна быть организована больница, с общим числом коек не менее 35 (из них 10 заразных) из расчета: 1 больничная койка на каждые 1.100 жител.

д) Во врачебном участке должна быть сосредоточена вся работа по борьбе с социальными болезнями, по охране материнства и младенчества, по охране здоровья детей, подростков и по физкультуре. Для указанных целей при участках организуются соответствующие подсобные учреждения.

е) Для ведения в районе общей санитарной работы по оздоровительным мероприятиям, благоустройству деревни, по борьбе с эпидемиями, по надзору за школами, необходимо создать институт специальных районных санитарных врачей. На районного санитарного врача возлагается руководство всей организацией здравоохранения в районе.

ж) Весь этот план организации медико-санитарной помощи сельскому населению необходимо осуществить в пятилетний срок, считая первым годом 1927-28 бюджетный год.

3. Городская медицина должна строиться на принципе наибольшего приближения медицинской помощи к рабочим. Организация пунктов медицинской помощи на фабрично-заводских предприятиях должна стать первейшей задачей НКЗдрава. Медицинский пункт на заводе должен нести те же обязанности, что и врачебный участок в деревне. Широко развивая диспансерную деятельность, этот пункт должен стать основной базой оздоровления труда и быта рабочих.

Принимая во внимание острую нужду в коечном фонде специального назначения, С'езд считает необходимым в первую очередь выдвинуть увеличение количества коек: заразных, акушерско-гинекологических, туберкулезных и психиатрических. Создание в БССР Государственного Туберкулезного Института должно стать первоочередной задачей НКЗдрава.

Амбулаторная помощь должна быть преобразована в диспансерную, причем больницы должны носить характер диспансерных стационаров. За счет расширения количества амбулаторий должно итти увеличение коечного фонда по специальностям. Медицинскую организацию в городе необходимо районировать, причем районный пункт строится на принципах сельского врачебного участка. Скорая помощь и помощь на дому должны быть четко оформлены в каждом районном медицинском пункте. Частная врачебная практика должна быть взята под тщательный контроль органов здравоохранения.

4. С'езд считает, что костяком всего здравоохранения должна быть крепкая, сплоченная, ясная в своем принципиальном обосновании санитарная организация. Если все советское здравоохранение строится на профилактической основе, то безусловно базой этой профилактики должна быть санитарная организация. С'езд считает недопустимым какую либо конкуренцию между лечебной и санитарной организацией, ибо они составляют части единой советской медицины. Цели у них одни и те-же—оздоровление трудящихся, но методика работы разная. Лечебная организация воздействует своими мероприятиями прямо на человека, санитарная же—непосредственно влияет на среду, на те

условия, которые окружают человека, путем внесения в эту среду тех или иных санитарно-технических коррективов. Это обстоятельство предопределяет ту сущность, которая составляет основу всей деятельности санитарной организации и указывает ту дорогу, по которой она должна итти в настоящее время.

На ближайшее время, С'езд выдвигает перед санитарной организацией следующие задачи:

а) изучение вопросов санитарно-технического характера и коммунального благоустройства (канализация, водоснабжение, жилище, баня);

б) борьбу с эпидемиями путем обследования эпидемиологических очагов, изучения местных условий, влияние их на распространение и характер инфекций. Лечебная организация должна увеличить количество заразных коек;

в) укрепление связи санитарной организации с советской общественностью. Последняя должна стать неот'емлемой частью санитарных органов и естественным продолжением их среди широких масс трудящихся;

г) рациональное расширение вопросов общественного питания и санитарного надзора за приготовлением и продажей пищевых продуктов;

д) подготовка и усовершенствование санитарного персонала, а также улучшение их материального положения;

е) дальнейшее практическое оформление санитарного законодательства;

ж) С'езд считает необходимым создание при Наркомздраве Государственного Гигиенического института и углубление работы санитарно-бактериологических учреждений, как научно-исследовательской базы для санитарных врачей.

С'езд считает, что в своей работе санитарно-эпидемиологическая организация должна поддерживать тесную связь с местными краеведческими учреждениями: с Институтом Белорусской Культуры в лице его медицинской секции, а также с Институтом Социальной Гигиены и Санитарной Инспекцией Труда. Необходимо установить полную увязку санитарных мероприятий с деятельностью ветеринарного надзора, с транспортной медициной и военно-санитарной организацией.

Санитарная организация должна стать понятной каждому рабочему и крестьянину, как необходимейшая в повседневной жизни научная сила, которая сможет помочь трудящимся строить новый здоровый быт.

5. С'езд констатирует, что санитарное просвещение безусловно в настоящее время переживает некоторый кризис и требуется дать новые формы и новое содержание работе. От агитпропаганды словом необходимо перейти к пропаганде действием. Поэтому производственный характер санитарного просвещения, в дальнейшем, должен главенствовать над прочими методами работы. Санитарное просвещение необходимо увязать с лечебно-санитарными учреждениями, которые должны стремиться стать домами санпросвета. Желательно использование аптек для санпросвета. Необходимо всемерно популяризировать среди трудящихся целесообразность и практическую возможность проведения местных санитарно-технических и эпидемиологических мероприятий. Осмотр с санпросвет. целями бань, общественных столовых, водопроводных и канализационных установок, а также и других санитарных учреждений даст наглядное, убедительное доказательство целесообразности проводимых оздоровительных мероприятий. Необходимо обратить особое внимание на дома селянина, где необходимо организовать санпросветработу.

От системы случайных докладов надо отказаться и перейти на метод цикловых занятий. Наши научные и функциональные медицинские учреждения надо превратить в профилактические рабфаки. В деревне необходимо больше втянуть в дело санитарного просвещения учительский персонал и заведывающих избами-читальнями. Для лучшего проникновения санитарного просвещения в гущу трудящихся—необходим переход на национальные языки тех групп населения, которые обслуживаются органами здравоохранения.

6. Советское здравоохранение по своему содержанию является общественным. Эта сторона работы наиболее ярко должна быть выражена не только в области санитарной, но также и в организации охраны материнства, младенчества и здоровья детей. Эта область работы, являясь производственной базой женотдела, партии и комсомола, в то же самое время составляет неразрывную часть единой пролетарской медицины.

С'езд считает, что главная цель, устремление охраны материнства и здоровья детей—санитарно-евгеническая—дать правильное, с медицинской точки зрения, направление в воспитании детей, принять меры к устранению вредных окружающих условий и охранять здоровье женщины. Детские консультации, патронат, детское питание, заботы о беременной женщине—должны составлять сущность работы органов охраны материнства и младенчества. В то же самое время органы охраны здоровья детей и рабочих подростков должны обратить особое внимание на санитарное состояние школ, технику их постройки и оборудования, должны наблюдать за школьной нагрузкой ребенка, должны содействовать развитию среди учащихся физической культуры и должны принимать меры к защите рабочего подростка от вредных условий труда и быта. В то же самое время, когда в области охраны материнства медицинское воздействие должно итти через оздоровление семьи, —в области охраны здоровья детей и рабочих подростков воздействие врача на оздоровление детей должно итти через школу и через фабрично-заводские учреждения.

На основе этих предпосылок вытекают и те разграничения, которые необходимо сделать, чтобы определить место охраны материнства и здоровья детей в общей системе здравоохранения по отношению к другим областям медико-санитарного дела.

С'езд считает, что практическое проведение идей охраны материнства и младенчества в акушерской, родильной и гинекологической помощи, охрана материнства осуществляет через лечебно-профилактическую организацию. В деревне медицинский участок должен стать организующим центром, частью которого является детская консультация, консультация для беременных и ясли. С'езд придает особое значение строительству детских консультаций в деревне, как основному типу детских учреждений, причем эти консультации должны носить строго профилактический характер без уклона в лечебную сторону работы. Всякий лечебный уклон неизбежно превращает детскую консультацию в простую педиатрическую амбулаторию и отвлекает врача от основной воспитательной работы.

При том недостатке врачебных сил в деревне, который в настоящее время еще не изжит—требуется максимальное использование подсобного медицинского персонала и общественных сил. Акушерка не должна перегружаться хозяйственной работой и замыкаться в кругу амбулаторного приема. От нее требуется личное вмешательство, внедрение в крестьянскую жизнь, большая заинтересованность крестьянским

бытом. Акушерка должна стать организатором крестьянской общественности вокруг дела охраны материнства.

Районный санитарный врач или врач участка не должны проходить мимо советов физкультуры и оставлять неиспользованным учительский актив, а также избачей. Организация самого элементарного врачебного контроля в школе и в советах физкультуры, подбор санпросветительной литературы в школе и избах-читальнях, санитарно-гигиенические беседы учителя и избача должны проходить при ближайшем участии сельского медперсонала.

7. Аптечное дело продолжает еще носить распыленный характер. Составляя неразрывное звено с общей системой советского здравоохранения, аптечное дело все еще не избавилось от некоторого коммерческого уклона. Взгляд на него, как на прибыльное торговое дело, продолжает еще существовать в некоторых органах. С'езд считает, что необходимо взять твердый, последовательный курс на изжитие торгового уклона. Основная задача аптечных учреждений—снабжать население через органы здравоохранения медицинскими препаратами и предметами ухода за больными. Принимая во внимание, что снабженческая функция есть основная всей деятельности аптечных учреждений, что главным потребителем являются органы здравоохранения, что частный покупатель не играет значительной роли, что функции снабжения нельзя отделить от производства, что требуется единый, научно поставленный контроль за приготовлением и отпуском медикаментов—все это заставляет выдвинуть, как первоочередную задачу НКЗдрава, создание в БССР единого аптечного центра в виде централизованного фармауправления. С'езд намечает следующие основные задачи этого будущего аптечного центра:

а) закупка и распределение медикаментов, инструментов и проч. имущества для всей медико-санитарной сети Белоруссии;

б) производство медикаментов и перевязочного материала;

в) организация аптек по планам и нормам НКЗ;

г) содержание и управление аптечной сетью.

Для выполнения этих задач фармауправление при НКЗ организует в округах свои отделения.

Во главе фармауправления при НКЗ стоит Народный Коммиссар Здравоохранения или его заместитель, а в окружных отделах здравоохранения—зав. окрздравами или их заместители.

Фармауправление при НКЗ работает на основах хозрасчета.

План работы фармауправления и инструкции для окружных отделов утверждаются НКЗдравом.

С'езд считает необходимым усилить работу Наркомздрава в области фарминспектуры.

8. Участие широких масс трудящихся в строительстве советского здравоохранения всегда являлось предпосылкой успешного проведения медико-санитарных мероприятий. Несмотря на рост советской общественности вокруг дела здравоохранения. С'езд констатирует, что этого еще недостаточно. Требуется упорная массовая работа всех медицинских работников по втягиванию трудящихся в лечебно-санитарное дело. Надо лучше и полнее использовать все существующие формы советской общественности и в первую очередь те общественные организации, которые имеют наиболее тесное соприкосновение с бытом и трудом рабочих и крестьян. Организатором советской общественности является коммунистическая партия. Тесная связь с ней создаст авторитет, укрепит проводимые врачем

мероприятия, поможет врачу проникнуть в самую гущу рабочих и крестьян.

Комитеты крестьянской взаимопомощи, секции здравоохранения, Советы Социальной Помощи—все это должно быть мобилизовано, учтено и использовано в медико-санитарном отношении.

Опыт работы санитарных комиссий, сельских советов показал, что там, где не было руководства медицинского персонала, деятельность этих комиссий проходила слабо. Оздоровительная же роль санитарных комиссий для деревни огромная. С'езд считает, что для того, чтобы оживить их, необходимо несколько пересмотреть методику работы и создать тесную связь между врачебным участком и санитарной комиссией. Таким связующим органом должен быть участковый Совет Социальной Помощи. При наличии такого совета, санитарные комиссии имели бы не только общее руководство в своей работе, но стали бы проводниками, популяризаторами тех решений, которые вырабатывались бы этими советами. Такой совет социальной помощи с широким привлечением крестьянства должен быть организован, как правило, при каждой сельской врачебной амбулатории. Методика работы этого совета должна быть позаимствована от городского, с учетом всех деревенских особенностей. В районных центрах вместо громоздких санитарных советов должны быть созданы при РИК'ах секции здравоохранения. Работа этих секций должна протекать под непосредственным руководством районного санитарного врача (или врача—зав. райбольницей) и должна охватывать территорию только данного населенного пункта.

С'езд обращает внимание на особо важную роль в содействии органам здравоохранения Белорусского Общества Красного Креста. Собирая вокруг себя трудящихся и обладая материальными средствами, Красный Крест может в достаточной степени оказать поддержку во всех мероприятиях по оздоровлению труда и быта. С'езд отмечает большое значение Красного Креста также и в области содействия обороне страны, путем организации кружков первой помощи на заводах и при учреждениях. С'езд придает огромное значение военно-санитарной подготовке населения тыла, особенно в настоящий момент, когда Советскому Союзу снова начинают угрожать враги со стороны капиталистических держав Европы и Америки. С'езд обращается с горячим призывом ко всем медицинским работникам БССР принять активное участие в работе Красного Креста.

На ближайшее время, С'езд выдвигает следующие главнейшие задачи перед советской общественностью, об'единяющейся вокруг органов здравоохранения: жилищное строительство, бани, колодцы, санитарная охрана труда и военно-санитарная подготовка тыла.

9. Привлечение широких масс трудящихся к делу здравоохранения тесно связано с правильным пониманием и проведением национальной политики. Здравоохранение строит культуру, а культура, как учит коммунистическая партия, должна быть национальной по форме, пролетарской по содержанию. Задача органов здравоохранения в области национальной политики состоит:

а) В приспособлении всей системы здравоохранения к национальному обслуживанию всех национальностей, которые населяют нашу республику.

б) В краеведческом подходе к изучению санитарных условий быта и труда трудящихся и тех заболеваний, которые являются характерными для республики. Это изучение немыслимо без увязки всей

медико-санитарной работы с Институтом Белорусской Культуры и его краеведческими бюро на местах.

в) В изучении и знании родного языка тех национальностей, которых обслуживают медицинские работники, в особенности изучение белорусского языка. С'езд обращает особое внимание медработников на участие в национальной прессе, задача которой состоит в освещении медико-санитарной жизни БССР. Журнал „Беларуская Мэдычная Думка" должна стать общественным органом всей врачебной массы Белоруссии. С'езд одобряет научно-краеведческий уклон печатаемого в нем материала.

10. Несмотря на все достижения НКЗдрава в области улучшения быта и труда медработников, все же положение их остается тяжелым. Чтобы добиться лучшей производительности труда и обеспечить хорошее обслуживание населения медицинской помощью необходимо в дальнейшем:

а) Высшее и среднее медицинское образование строить по программе, тесно увязанной с практическими задачами здравоохранения. Особенно обратить внимание на кафедру гигиены, хирургии, акушерско-гинекологическую и одонтологическую. Взять курс на создание из медфака высшей медицинской школы, как научно-исследовательского центра по усовершенствованию медицинских знаний. Средняя медицинская школа должна заняться подготовкой квалифицированных акушерок, фармацевтов и медицинских сестер. Необходимо всемерно содействовать организации кружков первой помощи, которые создаются Красным Крестом и которые способствуют повышению квалификации санитарок.

б) Регламентизировать права и обязанности медперсонала.

в) Создать на местах лучшие условия для научной работы врачей.

г) Принять меры к нормировке рабочего дня медработников.

д) В лечучреждениях взять курс на проведение типовой структуры в лице трех основных категорий медработников: врач, средний медработник (сестра, акушерка, фармацевт) и уборщица. Для школьных и ротных фельдшеров должны быть созданы условия, обеспечивающие их переквалификацию (получение звания врача, фармацевта, зубного техника), а также использование в других областях вспомогательной медицинской работы (санитарные помощники, дезинфектора, лаборанты).

е) Предусмотреть по государственному местному бюджету специальные ассигнования для повышения квалификации отдельных категорий медработников путем научных командировок и курсов усовершенствования.

Необходимо создать институт районных инспекторов здравоохранения (районных санитарных врачей), на которых возложить непосредственное руководство здравоохранением в районном масштабе, используя технический аппарат РИК'ов.

ж) Предусмотреть в плановом строительстве медико-санитарной сети также и квартиры для медицинского персонала.

Наркомздраву принять меры к тому, чтобы Деканат Медфака БГУ предоставлял ординатуры в клиниках не только молодым врачам, но также врачам, прослужившим и более 3 лет на участке.

Необходимо организовать кратковременные окружные научно-практические конференции с выездами для докладов профессоров и преподавателей из Минска. Конференции могут быть собираемы и в масштабе меньшем окружного. Необходимые средства должны

быть даны Окрздравами, на которых и возложить организацию конференций.

з) Подтянуть заработную плату работников всех групп медицинского труда. Усилить снабжение участков врачами.

11. Опыт последних лет показал, что НКЗдравом взят правильный курс в системе построения бюджета. Необходимо и в дальнейшем руководствоваться следующими соображениями:

а) местный бюджет должен расти за счет государственного;

б) расход на сельскую медицину и на учреждения, обслуживающие деревню, должны занимать достаточное место в государственном и местном бюджете;

в) большой процент в сравнении с предыдущими годами должны занимать расходы, связанные с улучшением качества работы, для чего необходимо еще раз пересмотреть и пересоставить нормы измерителей;

г) местный и государственный бюджет должны быть увязаны друг с другом и соответствовать общему плану строительства, утвержденного НКЗдравом;

д) предварительная проработка бюджета должна проходить с широким участием советской общественности и быть по возможности предметом широкого обсуждения на районных и окружных врачебных совещаниях. С'езд считает необходимым использовать перевыборную кампанию, а также окружные и районные С'езды Советов для всестороннего освещения на них здравоохранения и бюджета.

12. Вся система управления в органах здравоохранения строится на принципе демократического централизма. Единый план, единая перспективная установка, общая принципиальная согласованность, устранение мелочной опеки с наибольшим простором инициативы и самодеятельности главврачей отдельных учреждений, укрепление труддисциплины—вот одна из основных предпосылок правильного функционирования всей медико-санитарной сети.

Задача НКЗдрава—быть авторитетным научно-директивным и регулирующим центром по всей линии здравоохранения. Окружные Отделы Здравоохранения—это органы инспекторского надзора; Райздрав—практический организатор низовой медико-санитарной ячейки. Условия текущего момента заставляют обратить особое внимание на Райздравы, которые должны занять в общей медико-санитарной системе особо важное место. Структура административных центров здравоохранения должна по возможности быть упрощена в сторону слияния всяких отделов и П/Отделов. Сокращение аппарата должно итти по линии повышения квалификации. В окружном масштабе инспекторская и консультативная функции могут безболезненно быть переданы отдельным специальным учреждениям, например, завед. детским Диспансером может быть консультантом и инспектором по линии охраны здоровья детей и т. д.

При Окрздравах должно планомерно действовать научно-консультативное совещание из специалистов, также как при Наркомздраве особое значение приобретает Ученый Медицинский Совст.

Режим экономии и борьба с бюрократизмом помимо всех этих мероприятий должны найти свое отражение в правильно организованной отчетности, упрощении статистических форм, некоторой децентрализации собирания и разработки статистических материалов, а также в рационализации хозяйственного снабжения лечебно-санитарных учреждений и финансовой децентрализации последних. Необходимо обратить особое внимание на работу производственных совещаний и научных конференций при учреждениях. Подбор работников соответ-

ствующей квалификации имеет решающее значение для медико санитарного дела, поэтому проводимый в настоящее время учет медицинских работников должен быть широко использован для этих целей.

13. Рост промышленности и развитие сельского хозяйства должны быть тесно увязаны с лечебно-санитарным делом. Без оздоровления труда и быта, без правильно организованной медико-санитарной помощи нельзя строить экономики страны. Культура, в частности здравоохранение, в глазах государства не должны быть только накладным расходом. При рационализации своего построения и удешевления аппарата—здравоохранение в Белоруссии еще больше будет служить могучим фактором хозяйственного под‘ема и источником национального богатства для трудящихся Республики.

Барацьба за якасьць у будаўніцтве аховы здароўя.

(Уражаньні ад 2-га Усебеларускага зьезду вучастковых дактароў).

М. І. Барсукоў.

Першага лютага закончыў працу 2-гі Ўсебеларускі Зьезд вучастковых дактароў і працаўнікоў па ахове здароўя. Прайшло пяць дзён напружанай продукцыйнай працы, пры поўнай нагрузцы дэлегатаў. Штодзень перад удзельнікамі зьезду разгортвалася агромністая практычная работа, якая была праведзена Народным Камісарыятам Аховы Здароўя і яго органамі на мясцох. Пасьля ўсіх дакладаў і спрэчак высьветлілася, што справа аховы здароўя працоўных Беларусі вырасла, што за 2 гады, якія прайшлі ад 1-га зьезду вучастковых дактароў, мы пасунулі наперад лекава-санітарную дапамогу. Калі ў 1925 г. праца толькі наладжвалася, дык зараз ужо лекава-санітарная дапамога падыйшла да вырашэньня конкрэтных, практычных пытаньняў у бок іх дэталізацыі. Уся ўвага зьезду была зьвернута на якаснае палепшаньне аховы здароўя, на зьнішчэньне тае дробязі, якая перашкаджае правільнай працы паасобных лекава-санітарных устаноў. Трэба думаць, што наступны зьезд зусім ня будзе ставіць агульных дакладаў, нават па пытаньнях паасобных галін мэдыцыны. Задача новага пэрыоду будаваньня аховы здароўя будзе складацца з удасканаленьня і большага высьвятленьня ў дзейнасьці паасобных функцыянальных устаноў, бо гэта частка работы яшчэ мала распрацавана і мае шмат магчымасьцяй.

Пастаноўка харчаваньня ў больніцах, організацыя кухні, мыцьцё пасуды, рацыянальнае разьмеркаваньне бальнічных пакояў, адпаведнасьць мэдычнага абсталяваньня задачам данае ўстановы, рэгуліроўка працоўнага дню мэдычных працаўнікоў, зьнішчэньне хвастоў у чарзе пры амбуляторным прыёме—усё гэта патрабуе ўважлівага вывучэньня і хутчэйшага вырашэньня. Больніцы, амбуляторыі, дыспансэры павінны мець санітарна-асьветны твар. Правільна сказаў зьезд, што задачы санасьветы ў цяперашні час павінны быць задачамі пропаганды чыннасьцю. Трэба зрабіць так, каб той час, які праведзен хворым у больніцы, ня згінуў дарэмна і з боку выхаваўчага, каб уся абстаноўка больніцы сваім выглядам давала-б хвораму магчымасьць выйсьці з больніцы санітарна-пісьменным чалавекам.

Лекава-профіляктычная ўстанова павінна сур'ёзна вывучацца, бо бяз гэтага немагчыма ніякая далейшая рацыяналізацыя аховы здароўя.

У дакладзе Наркамаховы здароўя правільна было сказана, што ахова здароўя, як агульнае правіла, адбівае на сабе соцыяльна-экономічны стан краіны, і таму ўсё тое, што адбывалася ў Беларусі за апошні час,

меўшае вельмі важнае палітычнае значэньне, павінна было адбіцца на кірунку працы Народнага Камісарыяту Аховы Здароўя.

Будаўніцтва савецкай аховы здароўя ў Беларусі ў сваім гістарычным разьвіцьці мела два галоўных пэрыяды—першы пэрыяд трэба лічыць ад моманту вызваленьня Рэспублікі ад бела-палякаў да 7-га Ўсебеларускага Зьезду Саветаў. Гэты пэрыяд характарызуецца ліхарадачным аднаўленьнем лекава-санітарных устаноў, разбураных імпэрыялістычнай і грамадзянскай вайной. За гэты час адбылося і першае пашырэньне Беларусі за кошт Віцебскай, Магілеўскай і Смаленскай губ. РСФСР. Пасьля 7-га Зьезду Саветаў пачынаецца другі пэрыяд—пэрыяд шырокага плянавага лекава-санітарнага будаўніцтва з ухілам у бок надцягваньня сельскай мэдыцыны.

Зараз, пасьля 2-га зьезду вучастковых дактароў, я мысьлю, мы ўступаем у трэці пэрыяд нашай дзейнасьці, калі якасьць павінна мець перавагу над колькасьцю. Гэты пэрыяд, таксама як і папярэдні, даў Беларусі новае пашырэньне, мы маем у сваіх шэрагах лекава-санітарную організацыю часткі былой Гомельскай губ., якая, да рэчы сказаць, асабліва ў самым Гомлі, зьяўляецца досыць моцнай. Гэта таксама накладвае на нас цэлы шэраг абавязкаў. Трэба пераварыць у агульным катле, спаяць мэдычных працаўнікоў Гомельшчыны з усёй Беларусьсю, бо некаторая розьніца ў мэтодах работы ў нас і ў Гомельшчыне, бязумоўна, ёсьць.

Апрача таго, калі першы этап працы Народнага Камісарыяту Аховы Здароўя ўпіраўся ў горад, другі—даў сельскі ўхіл, дык трэці этап павінен стварыць такія ўмовы працы, пры якіх стасункі гораду з вёскай павінны адбівацца ў правільна перабудаванай і добра працуючай нізавой мэдычнай ячэйцы.

Сёнешняя наша задача—стварыць такія ўмовы, пры якіх гэта ячэйка магла-б задавальняць патрэбы гораду і вёскі.

Галоўная дырэктыва 7-га Ўсебеларускага Зьезду Саветаў, якая была папярэдня апрацавана дэтальна на 1-м Усебеларускім зьезьдзе вучастковых дактароў, зьвяртала асаблівую ўвагу Народнага Камісарыяту Аховы Здароўя на пытаньні сельскай мэдыцыны.

„Найбольшае прыбліжэньне мэдычнага абслугоўваньня да сялянскіх масаў, барацьба за здаровы быт, ахова здароўя маці і дзіцяці, пастаноўка правільнага фізычнага выхаваньня сялянскай моладзі“—вось як формуляваў гэту дырэктыву Зьезд Саветаў. Гэта, зразумела, ня значыла і ня знача, што трэба забывацца пра горад, але апошняе вынікае з тых об'ектыўных абставін, у якой тады знаходзілася мэдычная дапамога гарадзкому насельніцтву. У той самы час, калі ў вёсцы ня было нават элемэнтарных перадпасылак гэтае дапамогі, горад меў усё неабходнае для разгортваньня лекава-санітарнай організацыі. Аднак, тут патрэбна заўважыць, што пункт погляду аб ігнараваньні горадам мэдычных патрабаваньняў вёскі—няправільны. Калі мы ўважліва прагледзім процант наведваньня гарадзкіх лекава-санітарных устаноў па соцыяльных групах насельніцтва, дык убачым, што вялікі процант наведваньня іх складае сялянства. Усе віды спэцыяльнага лячэньня ня толькі ў галіне псыхіятрыі, але і пры сухотах, пранцах і пархах былі шырока выкарыстаны насельніцтвам. Часта гарадзкое насельніцтва нават адчувала недастачу радзільнае дапамогі з-за таго, што ложкі займаліся сялянкамі з вёскі.

Гістарычна склалася так, што ў гарадох мы мелі многа спэцыялістых, культурна-бытавыя ўмовы мэдычнае працы былі тут лепшыя і таму, натуральна, горад станавіўся асяродкам, у якім пачала склад-

ваццa мэдыцына. Толькі пасьля свайго замацаваньня ў горадзе, мэдыцына пачала пасоўвацца ў вёску, але працэс укараненьня ў масу сялянства мог наступіць не адразу. Першым этапам стабілізацыі павінен стаць раённы цэнтр. Толькі пасьля замацаваньня раённых цэнтраў і стварэньня з іх апорных пунктаў аховы здароўя ў вёсцы, магчыма далейшае пасоўваньне мэдыцыны ў зону сельскіх саветаў.

Грунтуючы лекава-санітарнае будаўніцтва ў вёсцы на забясьпечэньні ўсіх працоўных дарэмнай, агульна-даступнай і кваліфікаванай дапамогай, Зьезд вучастковых дактароў паставіў перад Народным Камісарыятам Аховы Здароўя наступныя асноўныя палажэньні ў стасунку сельскай мэдыцыны:

а) Уся лекава-санітарная організацыя ў сельскіх мясцовасьцях павінна будавацца адпаведна адміністрацыйнаму раёнаваньню.

б) У кожным раёне павінен быць організаваны такі лік лекавых пунктаў з замацаваньнем да іх пэўнай часткі сельскіх саветаў для абслугоўваньня (так званых урачэбных участкаў), каб найбольшая адлегласьць насельных месц да ўрачэбных пунктаў была ня звыш 10 вёрст, а колькасьць абслугоўваемага насельніцтва не перавышала 12.000 жыхароў.

в) Пры кожным сельскім урачэбным пункце павінны быць: амбуляторыя, зубалячэбны габінэт, транспортныя сродкі, прыёмны пакой з ізолятарам, усяго 5 ложкаў.

г) У кожным раёне пры адным з урачэбных пунктаў павінна быць організавана больніца з агульным лікам ложкаў ня менш 35 (з іх 10 пошасных) па разьліку 1 больнічны ложак на кожную 1.100 жыхароў.

д) У ўрачэбным вучастку павінна быць сконцэнтравана ўся работа па барацьбе з соцыяльнымі хваробамі, па ахове мацярынства і дзяцінства, па ахове здароўя дзяцей і рабочых падросткаў. Тут-жа павінен быць і ўрачэбны нагляд за фізвыхаваньнем. Для правядзеньня ўсіх гэтых мерапрыемстваў пры пункце організуюцца дапаможныя ўстановы.

е) Для вядзеньня ў раёне агульнай санітарнай работы па аздараўленьню і добрабыту вёскі, па барацьбе з пошаснымі хваробамі, па нагляду за школамі, пры Райвыканкомах патрэбен доктар. Ён павінен організаваць і кіраваць справай аховы здароўя ў раёне.

ж) Увесь гэты плян мэдычнай дапамогі сялянству патрэбна зьдзейсьніць за пяць год, пачынаючы з 1927-28 бюджэтнага году.

Вось у асноўным тая праграма, якую прыняў зьезд у стасунку да вёскі. Ён падкрэсьліў таксама, што мэтад мэдычнае працы ў вёсцы і ў далейшым павінен будавацца на тых-жа падставах, як і ў горадзе, г. зн. лячэбная організацыя павінна быць дыспансэравана.

Лячэбная амбуляторыя павінна стаць сельскім дыспансэрам і ў працы абапірацца на сялянскі актыў праз Савет Сацыяльнай Дапамогі. Пад дыспансэраваньнем мы разумеем шырокі вучот хвароб данага вучастку і мобілізацыя савецкай грамадзкасьці навакол аховы здароўя. У задачы гэтага сельскага дыспансэра, апрача абслугоўваньня сялянства, будзе ўваходзіць і падачы першай неадкладнай дапамогі. Усё-ж іншае, у прыватнасьці сур'ёзная опэрацыйная дапамога, павінна быць перанесена на раённую бальніцу. Зразумела, аднаму доктару з невялікім мэдпэрсаналам цяжка будзе ўсё гэта выканаць. Пры гэтай сыстэме яму трэба будзе весьці ня толькі амбуляторны прыём, але і ўдзельнічаць і ў камунальным добрабыце вёскі. Затым, на першае

месца выступае ўмелае выкарыстоўваньне савецкай грамадзкасьці, якое ў значнай меры аблегчыць доктару пашырыць уплыў на масы. Камітэты сялянскай узаемадапамогі, ячэйкі Чырвонага Крыжу—усё гэта павінна быць мабілізавана, узята на вучот і скарыстана ў санітарнай справе. Трэба сказаць, што ня гледзячы на шматлікасьць форм грамадзкага ўдзелу ў справе аховы здароўя—усё-ж у ёй існуе вялікая блытаніна. Зьезд правільна падышоў да вырашэньня гэтае задачы, пастанавіўшы ліквідаваць сыстэму кіраваньня ўсялякага роду санітарнымі камісіямі грамадзкага тыпу зьверху ўніз і ўстанавіў такі вытворчы прынцып пабудовы, як і ў горадзе.

Пры райвыканкомах існуюць, у большасьці выпадкаў на паперы, санітарныя саветы. На іх абавязку ляжыць кіраваньне ўсімі нізавымі ячэйкамі і сантройкамі пры сельсаветах. Зьезд пастанавіў гэты савет у такім відзе скасаваць і замест яго організаваць сэкцыі аховы здароўя пры райвыканкомах. Работа гэтай сэкцыі павінна быць накіравана выключна на санітарны добрабыт данае мясцовасьці. У праціўным выпадку будзе разьбежнасьць, блытаніна, вялікія мэты, а ў выніку—поўная адсутнасьць практычных дасягненьняў. Вопыт працы санітарных камісій сельсаветаў паказаў што там, дзе ня было кіраваньня мэдычнага пэрсоналу,—дзейнасьць іх праходзіла слаба. Аздараўляючая-ж роля санітарных камісій для вёскі ў пэрспэктыве аграмадная. Каб ажывіць яе, патрэбна пераглядзець мэтодыку працы. Справа ў тым, што зараз няма пераходнага зьвяна, натуральнай сувязі паміж урачэбным вучасткам і санітарнай камісіяй. Такім зьвяном можа стаць вучастковы савет сацыяльнай дапамогі. Пры наліччы яго санітарныя камісіі мелі-б ня толькі агульнае кіраваньне ў сваёй працы, але зрабіліся-б праваднікамі, популярызатарамі тых рашэньняў, якія-б вынес Савет сацыяльнай дапамогі. Гэты савет з шырокім уцягненьнем сялянства павінен організавацца, як правіла, пры кожнай сельскай амбуляторыі.

Вялікую санітарна-асьветную ролю ў вучастку можа адыграць аптэка. На яе прывыклі глядзець толькі як на гандлёвую ўстанову, а не як на ўстанову, якая мае тыя-ж лекава-профілактычныя задачы, як і ўсякі іншы мэдычны пункт. Куток санасьветы павінен знайсьці сабе месца ў аптэцы, тым больш, што зьездам па дакладу т. Гарфункеля прынята пастанова аб стварэньні на вучастках адзінае аптэкі. Гэта знача, што дваіснаму існаваньню дробных аптэк пры бальніцах будзе паложан канец пры наліччы добра пастаўленых аптэчных устаноў. Таксама для вёскі павінна мець вялікае значэньне прынятая зьездам пастанова аб стварэньні адзінага аптэчнага асяродку—Фармацэўтычнага кіраўніцтва пры Народным Камісарыяце Аховы Здароўя. Гэта дасьць вялікую экономію сродкаў, бо скасуе мясцовыя саматужныя лябораторыі і дасьць магчымасьць стварыць у цэнтры моцную, з навуковым кантролем, організацыю, якая будзе дастаўляць у горад і вёску мэдычны тавар добрае якасьці.

Вось у асноўным, што было прынята зьездам у стасунку да вёскі.

Зьезд заслухаў таксама шэраг вельмі цікавых дакладаў па розных галінах будаваньня аховы здароўя. Абмен думкамі выклікалі даклады т. Фалкінай аб выніках ясельнай кампаніі, т. Дзіхцяра „Аб дыспэнсэрызацыі і санітарна-тэхнічных задачах", т. Трамповіча „Аб хірургічнай дапамозе вёсцы". Пададзеныя дакладчыкамі факты бясспрэчна давалі рост сеткі дзіцячых устаноў, усё зьмяншаючыся прагул ложкаў і паступовае палепшаньне абсталяваньня нашых вучасткаў.

Вось некалькі лічбаў (бяз Гомельскай і Рэчыцкай акруг).

Характар дапамогі і лік лекавых адзінак	1924-25 г.	1925-26 г.	1926-27 г.
На 100 раёнаў БССР маецца:			
Раён. больніц	78	94	99
Лік ложкаў у сельскіх мясцовасьцях	1.379	1.668	1.935
Радыус вучастку	14 в.	13 в.	12 в.
Лік жыхароў у вучастку на 1 доктара	20.568	14.607	12.000
Лік жыхароў у вучастку на 1 ложак	2 800	2.255	2.000
Лік зубных габінэтаў у сельск. мясцовасьцях	33	76	96
Лік самастойных сельскіх амбуляторый	88	102	115
Лік акушэрска - фэльчарскіх пунктаў	126	145	138

Рост амбуляторных наведваньняў усюды павялічыўся, дыспансэрны нагляд пачынае ахватваць вялікія масы насельніцтва. Аўторытэт лекавых устаноў сярод сялянства значна вырас. Адстае яшчэ толькі акушэрская дапамога. Сялянка даволі рэдка зьвяртаецца да акушэркі, і калі гэта бывае, дык галоўным-чынам толькі тады, калі роды бываюць няправільныя. Тлумачыцца гэта някультурнасьцю насельніцтва, але голоўная прычына ў слабай грамадзкай працы саміх акушэрак. Вялікі фактычны матар'ял, упяршыню апрацаваны ў Беларусі, далі тав. Смулевіч „О заболевании и смертности“ і тав. Гэрман „О состоянии здоровья учащейся молодежи“.

Ступень захвараньняў на пошасныя хваробы ў Беларусі застаецца высокі.

	На 10.000 жыхароў прыпадала ў 1925 годзе							
	Сыпны тыфус	Брушны тыфус	Зваротн. тыфус	Крываўка (дэзінтарыя)	Оспа	Адзёр (кор)	Шкарлятына	Дыфтерия
У РСФСР . . .	5,7	11,2	1.7	24,2	1,6	42,8	18,5	4,5
„ УССР . . .	3,3	12,3	0.5	8,8	0,2	54,4	21,2	7,0
„ БССР . . .	10,8	12,8	0,5	11,9	0,5	70,6	33,5	9,2
„ ЗСФСР . . .	0,9	4,6	1.4	29,0	0,5	12,2	1,5	2,1
Сярэдня-Азіяцкія Рэспублікі . .	0,4	2,6	0,5	10,0	1,3	5,0	0,5	0,8

Захварэла на сухоты ўсіх форм у 1925 г. на 1000 насельніцтва:

Ува ўсіх гарадох БССР	33
У гор. Менску	66
„ „ Віцебску	34
„ селішчах гарадзкога тыпу БССР .	21

Усяго сухотных хвароб—за 1925 г. па БССР—53.299 насельніцтва на I-VIII—1925 г. па БССР—4.254 тыс. захварэўшых, на 1000 чалавек па БССР—12,5.

Асаблівае месца займаюць сухоты.

На 1000 жыхароў у гарадох прыпадае сухотных хворых 33 чалавека. Агульны лік захварэўшых на сухоты ў 1925 годзе па БССР на 1000 чал. 12,5.

Санітарны стан школы ўсё яшчэ дрэнны і нясе вялікую небяспеку для здароўя вучняў. І тут сухоты асабліва разьвіваюцца. Малы лік школьна-санітарных дактароў не дазваляе разгарнуць працу па ўкараненьню санітарных навыкаў у школу, бо толькі праз яе можна дабіцца карысьці ад урачэбнага кантролю.

Цікавы склад удзельнікаў зьезду. Усяго было звыш 150 дэлегатаў. Дадам некалькі характэрных лічбовых даных.

Па роду заняткаў: вучастковых дактароў—55 (у тым ліку 7 загадчыкаў раённых консультацый), вучастковых фэльчароў—4, вучастковых акушэрак—6, прадстаўнікаў РВК і санкамісій—5, вуч. зубных дактароў—6, санітарных дактароў—13, школьна-санітарных дактароў—6, фармацэўтаў—15, цэнтральнага апарату Народнага Камісарыяту Аховы Здароўя—13, аднаго прадстаўніка Саюза „Мэдсанпрацы“ загадчыкаў Акруговых Аддзелаў Аховы Здароўя—12, работнікаў транспарту—15 і адзін прадстаўнік Ваенна-Санітарнага Кіраўніцтва Беларускай ваеннай акругі. Да гэтага трэба яшчэ дадаць профэсараў Мэдфаку Беларускага Дзяржаўнага Унівэрсытэту і ўдзельнікаў Пленуму ЦК Бел. Т-ва Чырвонага Крыжу.

Па нацыянальнасьці: яўрэяў—89, беларусаў—40, расійцаў—20, літвіноў—1, палякаў—1.

Па партыйнасьці: членаў КП(б)Б і ЛКСМБ, а таксама кандыдатаў—27, беспартыйнх—124.

Па ўзросту: да 25 г.—6, ад 25 да 35 г.—87, ад 35 да 50—57 і звыш 50 г.—1.

Па стажу працы ў вёсцы: да 2 год—25, ад 2 да 5—17, ад 5 да 10—18 і звыш 10—11.

Аб чым кажуць гэтыя лічбы? Рост ліку партыйцаў і некаторую стабілізацыю дактароў па вучастковай працы і параўнаўча высокі вучастковы стаж, больш-менш здавальняючая нацыянальная прапорцыя.

Работа зьезду зьвярнула на сябе грамадзкую ўвагу. З жывою зацікаўленасьцю зьезд праслухаў прывітаньні ад ЦК(б)Б тав. Галадзеда і старшыні Саўнаркому БССР тав. Адамовіча. Роля інтэлігенцыі, у прыватнасьці мэдычнай, у савецкай краіне, асабліва ва ўмовах правядзеньня нацыянальнай палітыкі, удзельная вага аховы здароўя ў сыстэме народнае гаспадаркі, былі ясна пастаўлены ў прамовах т. Галадзеда і Адамовіча.

Зьезд, як адзін чалавек, бурна рэагаваў на апошнія падзеі ў Заходняй Беларусі і, згодна прапановы вучастковага доктара Тарадчэнкі, прыняў рэзолюцыю, якая ганьбіць фашыскі ўрад пана Пілсудз-

кага. Шмат прывітаньняў было ад цэлага шэрагу грамадзкіх і навуковых організацый. Былі атрыманы прывітальныя тэлеграмы ад Народнага Камісарыяту Аховы Здароўя саюзных Рэспублік: РСФСР т. Семашкі, Грузіі—т. Кучаідзе і Узьбекістана.

Настрой зьезду вельмі добра перадае адзін з дэлегатаў, т. Сіпухін, які перад зачыненьнем, паміж іншым, сказаў: „У працы зьезду асабліва выразна выдзяляецца дзелавітасьць падыходу да вырашэньня кожнага пытаньня, якое стаяла на чарзе. Мы не прамінулі ніводнае дробязі, але ў той-жа час не далі ніводнаму таварышу зьбіцца з таго правільнага шляху, па якому будуецца савецкая ахова здароўя і па якому мы павінны ісьці ўсе разам, адзіным фронтам.

Заканчваючы, хачу сказаць наступнае, таксама вуснамі аднаго з дэлегатаў тав. Хургіна: Ня гледзячы на ўсе дасягненьні, Нар. Кам. Аховы--Здароўя не павінен „почить на лаврах“. Думка зусім правільная. Усе гутаркі аб тым, што мы дасягнулі поўнай нормы—не абаснованы. Сапраўднай стабілізацыі яшчэ няма, і ахова здароўя яшчэ патрабуе ў значнай меры падтрыманьня ўлады.

Будзем спадзявацца, што пры рацыянальным пабудаваньні ўсяе сыстэмы лекава-санітарнае справы, зьмяншэньні ўсялякіх накладных выдаткаў ахова здароўя ў БССР будзе яшчэ больш служыць фактарам гаспадарчага ўздыму краіны і крыніцаю нацыянальнага багацьця ўсіх працоўных Рэспублікі.

Вопросы режима экономии по линии здравоохранения.

Д. В. Лифшиц.

Моя задача дать наметку общего направления режима экономии и рационализации по линии Здравоохранения и выявить значение этих вопросов для всего нашего социалистического строительства, а главное поставить те вопросы режима экономии и рационализации, для обсуждения которых чрезвычайно важно втянуть производственные совещания союза „Медсантруд“.

При проведении режима экономии в медико-санитарных учреждениях, едва ли кто-либо в первую очередь будет думать о том, что в наших учреждениях, особенно госбюджетных, как правило, имеются какие-либо излишества и роскошь как в смысле медобслуживания, так и в смысле больших раздутых окладов и раздутых штатов. Положение нашей медико-санитарной сети в данном отношении достаточно известно. Поэтому нужно раньше всего сказать, что проведение режима экономии в медико-санитарных учреждениях должно итти отнюдь не по линии снижения качества или сокращения об'ема медобслуживания трудящихся, а наоборот—работа должна заостряться на вопросах качественно лучшего и более широкого охвата медобслуживания трудящегося населения медико-санитарными учреждениями. Экономическое значение режима экономии по линии органов Здравоохранения сводится к тому, что правильная организация медико-санитарного дела, хорошее качество ее работы сберегает, сохраняет трудовые рессурсы страны; оздоровляя труд и быт населения, поднимает производительность труда и таким образом повышает продукцию нашего народного хозяйства. Более конкретно выражаясь, к примеру, можно так сказать: через правильную постановку медико-санитарного дела, мы предупреждаем заболеваемость, уменьшаем инвалидность, уменьшаем количество дней нетрудоспособности по болезни, что экономит громадные средства на содержание инвалидов и больных, расходы на их лечение, сохраняя для рабочего государства все большее количество полноценных трудовых единиц и трудовых дней. Внутри самих медико-санитарных учреждений режим экономии должен быть направлен в сторону рационализации работы и на более целесообразное использовывание предоставленных бюджетом ассигнований.

Особенно в этой последней задаче органам Здравоохранения должны помочь производственные совещания союза „Медсантруд“. Союзные организации должны всячески активировать работу производственных совещаний в этом направлении, а руководители наших медико-санитарных учреждений должны принять самое деятельное участие в них, прислушиваться к их решениям и проводить в жизнь все то, что идет в сторону улучшения лечебно-санитарного дела.

Наркомздрав в своих директивах Окрздравотделам и на докладах поставленных в профорганизациях, достаточно указывал на значение

производственных совещаний в деле рационализации и режима экономии в наших учреждениях и наметил ряд основных моментов в деятельности медико-санитарного дела, где участие производственных совещаний (и окротделений союза и райместкомов) в проработке крайне желательно и важно. В данной заметке я бы хотел перечислить эти основные моменты.

1. Труддисциплина и режим внутри медико-санитарных учреждений (твердое выполнение трудового режима медперсоналом, правила внутреннего распорядка, правильная нагрузка и распределение обязанностей медперсонала, установление, согласно медицинских показаний, режима для больных, и их посетителей и др.).

2. Упорядочение хозяйственной жизни леч-санучреждений, способов заготовки топлива, продуктов и хозяйственного оборудования, рациональное расходование топлива, продуктов, света, исключение белья, характер ответственности за сохранение твердого и мягкого инвентаря и т. д.

3. Рационализация строительных и ремонтных работ.

4. Правильное использовывание койки (своевременный прием и выписка больных по установленным медицинским показаниям), урегулирование вопроса прогула коек.

5. Вопросы правильного обслуживания больных (борьба с проявлением грубости и невнимательности к больным со стороны медсанперсонала, чистота и порядок в лечсанучреждениях, урегулирование вопроса очередей в ожидальнях и приемных, надлежащий учет состояния больных при выписке им соответствующей пищи по медицинским показаниям, использование этой пищи по прямому назначению, своевременная и быстрая раздача ее, рационализация работы кухни, прачешной, дезинфекционной и т. п.).

6. Вопросы аптечного дела (вопросы единой районной аптеки,) лекарственная механизация и соблюдение рецептурных формул при выпуске лекарств, аккуратное и более внимательное изготовление и отпуск лекарств по рецептам. Значение поставленных вопросов для режима экономии и рационализации внутри лечебных и санитарных учреждений читателям нашего журнала достаточно ясно.

Сюда, конечно, не вошло много других вопросов, которые могут быть и должны быть обсуждаемы на производственных совещаниях, но нам нужно следить за тем, чтобы производственные совещания отнюдь не администрировали и не решали бы тех вопросов, которые требуют специально научной медицинской компетенции. При этих условиях производственные совещания сыграют большую роль и будут чрезвычайно полезны в деле разрешения, к примеру, вышеперечисленных вопросов: производственными совещаниями могут быть даны и будут даны чрезвычайно ценные практические предложения на основе коллективного наблюдения и опыта широких масс союза „Медсантруд". Руководителям учреждений, повторяю, необходимо принять самое деятельное участие в этих совещаниях и накопленный опыт режима экономии и рационализации учитывать и под'итоживать в целях дальнейшего улучшения медико-санитарного дела. Эти вопросы поставлены здесь лишь вскользь.

Вопросы режима экономии и рационализации более широкого организационного значения, касающиеся как всей системы советского здравоохранения, так и отдельных ее частей, попытаюсь в дальнейшем вместе с другими работниками осветить в других статьях нашего журнала.

Красный Крест и физкультура.

М. И. Барсуков.

Если на войне Красный Крест является той организациий, которая помогает раненым и больным, то в мирное время его задачи несколько меняются. Неся на своей эмблеме знак мира, являясь символом борьбы против войны, Красный Крест в мирной обстановке, в условиях мирного труда рабочих и крестьян, должен быть одним из факторов, способствующих развитию культуры.

Воинственные настроения, которыми об'яты сейчас целый ряд буржуазных государств, окружающих наш Советский Союз, ни есть что-то постоянное, не меняющееся. Подобное положение будет, естественно, продолжаться до тех пор, пока классовая сущность политического строя этих государств не будет в корне социально изменена. Трудящиеся Советской Белоруссии прекрасно понимают, что лучшей обороной против всякого рода захватнических вожделений—является укрепление нашего хозяйства, оздоровление труда и быта.

Советская Белоруссия напрягает все свои силы, чтобы залечить свои старые раны, нанесенные ей царским режимом, імпералистической и гражданской войной. Наша республика не хочет новых войн, а лишь желает мирно строить собственными руками свою культуру. И если там, по ту сторону границы, у соседки Польши гремят оружием—мы на это отвечаем удвоенным ростом нашей промышленности, созданием новых культурных учреждений. Там пушки, здесь заводы, там пулеметы, а у нас строятся бани, хорошие жилища, колодцы.

Роль Красного Креста в условиях советской действительности, как организации, содействующей культуре—огромная.

Прямой обязанностью Красного Креста должно быть содействие всеми способами, проникновению здоровых санитарных навыков во все глухие, темные уголки нашей Республики.

С полным правом Красный Крест может заявить, что с того момента, когда мрачная тень войны окончательно покинет нашу планету, Красный Крест переформируется в общество оздоровления труда и быта трудящихся.

И вот таким шагом вперед к дальнейшему этапу организационного строительства общества является попытка сближения Красного Креста с физкультурой.

Недавно созданная при ЦК Бел. Общества Красного Креста Комиссия по содействию физкультурному и пионерскому движению послужит ядром того большого дела, перспективы которого огромны.

Физкультуру мы рассматриваем не только лишь как средство для спортивных упражнений. Советский взгляд на нее совершенно иной, чем в Европе и Америке. Мы стараемся под понятием физкультуры вложить целый ряд элементов, соединение которых может дать основу для воспитания здорового человека. Через физкультуру мы разрушаем вековые, дедовские, нездоровые обычаи и строим новый быт, очищенный от предрассудков и суеверий.

Красный Крест не должен и не может пройти мимо этого стихийного роста физкультурного движения среди рабочей и крестьянской молодежи. Государство еще слишком бедно, чтобы на свои плечи целиком взвалить все вопросы воспитания молодежи.

Тут на помощь должны притти общественные организации и в первую очередь Красный Крест. Тем более, что с его стороны уже кое что сделано в области „Службы Здоровья Юных Пионеров“.

В чем же должно заключаться содействие Красного Креста?

Первое, что может сделать Красный Крест—это мобилизация широких слоев медицинских работников для работы в советах физкультуры. Еще не всеми медицинскими работниками уяснена важность физкультурного движения, как оздоровительного фактора и потому необходимо заострить внимание наших врачей на этом вопросе.

Необходимо, чтобы каждая ячейка Красного Креста взяла бы на себя шефство над кружком физкультуры и помогла бы этому кружку иметь у себя врача, который смог бы с медицинской точки зрения контролировать правильность физических упражнений.

Мы знаем, как вредно и даже опасно для жизни перегружать организм работой, в каком бы виде эта работа не была. Увлечься же физкультурой легко и очень часто она может перейти во вредные спортивные состязания. Поэтому врач должен быть при всех гимнастических упражнениях и играх. Его вмешательство и руководство необходимо.

Вторая задача—издание на национальных языках литературы, особенно для деревни. Там особенно нужна физкультура, ибо крестьянин хотя и воспитывается на лоне природы, но, к сожалению, подчас свою „природу“ он ломает в отрицательном отношении до неузнаваемости. Содействие деревенским кружкам должно пойти по линии снабжения их учебными пособиями и приборами.

Третья задача—материальная помощь в прямом значении этого слова.

Вследствие разрушения наших городов, разбитых немцами и поляками во время оккупации—занятия по физкультуре зимой совершенно негде вести. Помимо спорта на воздухе лыжного, конкобежного и прочего—требуется некоторая учеба и в закрытом помещении. Жилищный кризис не позволяет найти подходящего помещения и в результате зимой физкультурная жизнь в некоторых наших городах замирает. Надо энергично пойти навстречу нашей молодежи и помочь им в ремонте старых построек, которые можно приспособить для физкультурных целей.

Что же в результате всего этого получает Красный Крест.

Основное и главное—в него вольются новые могучие, свежие кадры молодежи, полные сил, энергии, инициативы. Эта молодежь за собой потянет и свою семью и станет лучшим проводником, агитатором идей Красного Креста. Кадры этой молодежи девушки, работницы пригодятся в военное время, когда в тылу придется формировать санитарные дружины. Здесь, в час грозной опасности, мы будем иметь организованную силу, здоровую, крепкую, закаленную физкультурой, которая значительно облегчит работу органам здравоохранения в организации подачи первой медицинской помощи населению нашего тыла.

Хватит ли денежных средств у Красного Креста, чтобы взять на себя такую большую и новую задачу? Думаю, что при широкой поддержке молодежи, тот приток нового кадра членов О-ва даст и некоторое довольно значительное усиление наших финансов, хотя бы и членскими взносами. Но, кроме этого, возможны и всякие другие методы,

например, платные поступления от состязаний, всякого рода катков, лодочных пристаней и т. д. Все это должно составить неприкосновенный физкультурный фонд, который будет расходоваться только лишь для определенных физкультурных целей.

Пожелаем же успеха в работе, только что созданной Центральным Комитетом Красного Креста, Комиссии по содействию физкультуре и пионерам. Пусть эта попытка послужит началом нашего общего дружного наступления на старый уклад нашей жизни и тем самым поможет Красному Кресту еще глубже проникнуть в широкие массы трудящихся.

Смелей на борьбу за новый здоровый быт!

О „кризисе“ санитарного просвещения.

Д-р С. Н. Рохлин.

В последнее время в печати и вообще в кругах санпросветработников стали раздаваться отдельные голоса о кризисе санитарного просвещения, сущность которого сводится к тому, что нет новых тем и новых форм, живо интересовавших бы аудиторию, а ежедневные повторения одного и того же „приелось“ аудитории.

Наиболее ярким выразителем этого настроения является т. Рацефельд, который говорит следующее:

„Надо сказать определенно: бесчисленные лекции, проводимые на всевозможные и самые невозможные темы, к тому же мало подготовленными лекторами, начали приедаться городской рабочей аудитории. И если наша статистика все-таки регистрирует и сейчас некоторое количество прочитанных на предприятиях лекций по санпросу, то это главным образом те лекции, которые рабочая аудитория „отбывает“ в порядке предложения по союзной или административной линии и которые устроены по поводу какой-нибудь очередной ударной кампании. Конечно, такие лекции не дают удовлетворения ни лектору, ни аудитории; отсюда понятны и те „тупиковые“ настроения, которые стали проглядывать в последнее время в среде санпросветчиков“. („Профилактическая Медицина“, № 10. 1926 г.)

Между прочим, такие же пессимистические нотки раздавались на одном из наших с‘ездов участковых врачей (Витебск).

Эти упадочные настроения подлежат детальному анализу. Действительно ли санпросвещение в тупике, или здесь происходит рассматривание вещей сквозь призму суб‘ективного ощущения санпросветработников, весьма неудовлетворенных существующим положением вещей.

Надо ясно и определенно сказать: у всех говорящих и пишущих о кризисе нет единого подхода к вопросу о существе этого „кризиса“ и несомненно одно, что кризиса санитарного просвещения, по сути дела нет и, пожалуй, не будет. Потому что, какую стадию экономического развития мы бы не переживали, санитарное просвещение всегда будет светочем для широких масс, который будет указывать путь к здоровой жизни. Экономический рост всей нашей страны будет еще больше способствовать росту и авторитету санитарного просвещения, так как хорошая экономика даст действительную возможность претворить санитарные правила в жизнь.

Содержание санпросветработы будет всегда и должно быть по существу одним и тем же.

Но если остается неизменным содержание, то, конечно, методика работы должна изменяться. Методика должна быть гибкой и не закостеневать в определенных рамках. Причем под методикой надо разуметь не только какую-нибудь новую изощренную форму, но изыскание новых точек приложения санпросвещения является точно также

неот‘емлемой частью методики. И этот момент в нашей теперешней методике должен сыграть весьма важную роль в изжитии этого „кризиса“.

Разговоры о кризисе об‘ясняются тем, что мы недостаточно гибки, недостаточно учитываем аудиторию и недостаточно ищем ее, в новой меняющейся с каждым днем обстановке подходим со старыми методами. Мы отстаем от жизненного темпа. Утверждать, что в городе приелись наши лекции—это значит не уметь итти нога в ногу с жизнью. Наша аудитория по существу каждый год новая. Жизнь обновляется, волна идет за волной, и с каждым годом выростают новые кадры слушателей, ждущих „здорового слова“.

И совершенно понятно, что с каждой новой волной надо уметь говорить на ее языке об одном и том же, но по разному. И вовсе не нужно в поисках новых форм доходить до того, что предлагает тов. Советов в 12 номере „Профилактической Медицины“, где он предлагает в целях борьбы с алкоголизмом устраивать экскурсии в уголовный розыск для ознакомления с соответствующими экспонатами, в художественный музей для ознакомления с картинами, трактующими вопросы алкоголизма. Это санпросветгурманство, конечно, далеко не может быть использовано, как широкий метод санитарного просвещения и даже в узком кругу какой-нибудь ячейки вряд ли экскурсия в уголовный розыск может принести положительный эффект.

Чем об‘ясняются все эти кривотолки, все эти поиски новых путей, подчас весьма замысловатых?

Несомненно одним: взглядом на санпросветработу, как какую то самодовлеющую работу, работу находящуюся в монопольном владении специальной касты санпросветработников, и вот отсюда эти противоалкогольные экскурсии, дышащие каким-то извращением и оттуда эти разговоры о Домах Санитарного Просвещения, которые должны сыграть решающую роль в санвоспитании трудящихся.

Для того, чтобы правильно подойти к решению вопроса, мы должны исходить из реального факта, что наши массы еще глубоко некультурны, что они глубоко санитарно-невежественны, а не исходить из неправильной предпосылки о „пресыщении“ масс санпросветом, что предполагают сторонники кризиса. Мы должны как можно шире рассеять наши щупальцы и пытаться воздействовать на обрабатываемый в санпросветотношении коллектив.

Отсюда намечаются следующие задачи: санпросветработа должна перестать быть монополией санпросветработников, как это имеет место особенно в крупных городах, где один и тот же лектор читает сегодня у кожевников, завтра у стекольщиков, послезавтра у пищевиков и т. д. (вот где причины кризиса!).

Когда санпросвет станет истинным орудием воздействия в руках каждого медработника, тогда картина резко изменится. Кризис сейчас проистекает от того, что на близкую трудящимся тему, мы говорим часто на чужом языке, не зная хорошо быта. Это одна задача.

Другая задача. Мы должны определенно сказать: Дома Санитарного Просвещения должны перестать играть доминирующую роль в санитарном просвещении. За ними надо оставить руководящую роль организатора санитарного просвещения в том или ином районе, базу наглядных пособий, которые могут быть использованы в различных направлениях. За Домом Санитарного Просвещения должна остаться важнейшая задача выявления новых аудиторий, новых кадров слушателей, разработки вопросов методики, учет санпросветопыта. Разумеется, имеющуюся выставку необходимо использовывать для работы и в самом Доме, но все это должно играть второстепенную подсобную роль.

Огромным дефектом значительной части нашей массовой санпросветработы, пры обычно большой текучести аудитории является ее одномоментность, вследствие чего эффект ее весьма непродолжительный. К тому же и сами наши бытовые условия таковы, что способствуют не приживлению, а быстрому рассасыванию этих знаний.

В условиях нашего еще антигигиенического быта, когда между словом и делом дистанция огромного размера, наша мысль устремляется туда, где эти „ножницы" смыкаются. Я говорю о наших лечебных и лечебно-профилактических учреждениях. Эти учреждения должны стать местом приобретения санитарных знаний и гигиенических навыков, с одной стороны, для обслуживающего персонала, с другой стороны—для больных. Эти две задачи тесно увязаны между собой. В привитии больным санитарных навыков сиделке принадлежит не меньшая роль, чем врачу. Это тот стрелочник, который неправильным переводом стрелки, может вызвать крушение. Однако, возьмите работу лечебных заведений. Мы страдаем от слишком низкой квалификации низшего персонала. Конечно, одним из средств в этом повышении является санитарная грамота, преподаваемая по определенной программе в течение известного времени. Наши санитарки и сиделки, из которых многие работают уже не один год, вопиюще невежественны, пропитаны насквозь знахарством и суевериями. Вот одна группа, с которой можно и должно вести систематическую работу по санитарной грамоте. И несомненно повышение квалификации этой группы резко подымет санитарную дисциплину в лечебных заведениях.

А что делается в отношении работы среди больных?—Ничего. Нередко больным приходится лежать подолгу, они изнывают от скуки и сонной одури, и на фоне этой монотонной, одуряющей жизни, авторитетное слово врача западало бы, как семя, в плодородную почву. Однако, чего проще организовать регулярную работу с вовлечением среднего медперсонала—сестер и лекпомов, инструктированных врачем-руководителем. К этой работе необходимо подойти. Я форм работы не касаюсь, я убежден в том, что форма легко будет найдена, если только этот вопрос о работе среди больных станет в поле зрения врача.

Проведению этого принципа еще мешает то обстоятельство, что, не взирая на прокламированный профилактический уклон в лечебном деле, еще широкие массы лечебников этот уклон еще не восприняли. Этот „уклон" приятно звучит в строках журнальных статей, но применить его в жизнь они все еще не рискуют и, пожалуй, не могут.

Но в интересах советского здравоохранения и здоровья широких трудящихся масс необходимо побороть эту косность. Введением санпросветработы в лечебные заведения, будет выполнена двоякая задача: содействие оздоровлению трудящихся и вовлечение медперсонала в активную работу по санпросвету.

Проводя эту работу, пуще огня надо бояться шаблона и перегибов палки. Разумеется, больному погибающему от перитонита никто не станет говорить о профилактике перитонита. Но, несомненно, у нас имеются целые отделения, где работа будет иметь огромное оздоровляющее значение. (Палаты туберкулезные, желудочные и т.д.).

Работу необходимо увязывать с условиями труда и быта и заболеваемость рассматривать как определенную профвредность, для устранения которой сам заболевший может сделать многое.

Лечебные заведения за время пребывания больного должны дать ему определенный „заряд" сангигиенических знаний, который несом-

ненно сыграет важную роль не только для самого больного, но и в смысле режима экономии для лечебного заведения: он не так быстро снова попадет на лечебную койку.

За то время, что больной находится в лечебном заведении, он должен эти навыки впитать в себя, тем более, что здесь находятся благоприятные условия для всего этого.

Вовлечение больных в эту работу означает расширение кадров, оздоровляющих наш быт.

Наши лечебные заведения не имеют до сих пор санитарных уголков. Эти уголки должны быть организованы и снабжены библиотечками по разным вопросам оздоровления быта. Руководство чтением является важнейшей работой санитарного просвещения в лечзаведении.

Лежащему хронику или выздоравливающему больному необходимо дать в руки популярную санпросветброшюру. Санигры должны окрасить томительную и монотонную больничную атмосферу, одновременно содействуя повышению санитарных знаний.

Опыт внедрения санпросветработы в лечебные заведения ныне нами проводится. В лечебных заведениях, в первую очередь, в г. Минске, уже организованы такие уголки с санпросветбиблиотечками в зависимости от характера лечебного заведения.

Надо сознаться, что еще приходится преодолевать инерцию со стороны лечащих врачей в данном вопросе, но сознание необходимости этой работы мало-по-малу внедряется и в эту область. Проведение санпросветработы несомненно выявит активность больных, которая скажется в различных направлениях и в первую очередь в поддержании той санитарной дисциплины, которая является необходимостью каждого лечебного заведения.

Вот одна широкая область, еще почти незадетая санитарным просвещением, где работы непочатый край. Лечебные заведения должны стать Домами санитарного просвещения, обрабатывая тот людской материал, который более или менее длительно пребывает в его стенах.

Совершенно ясно, что исключительная роль в данном вопросе выпадает на долю наших профилактических учреждений, где трудоспособные люди пребывают более или менее продолжительный срок— месяц, полтора. Отсюда больной должен уйти с солидным санитарно-гигиеническим багажем, отсюда он должен уйти горячим оздоровителем окружающего его трудового и семейного быта.

Немало еще у нас неиспользованных областей, а мы все хотим топтаться на одном месте.

Возьмем, например, статью того-же тов. Рацефельда, который предлагает концентрировать работу в домах Санпросвета, расцвечивать их, делать их своего рода музеями со своими „музейными древностями“, а между тем в городе (где такие Дома санпросвета—музеи и могут быть) есть немало других возможностей, „живых“, могущих быть использованными в целях санитарного просвещения с большим положительным эффектом.

Наши научные учреждения должны стать рассадниками санпросветительных знаний. Им нужно сойти с высоты своего Олимпа. Экскурсия, например, в Сан. Бак. Институт, соответственно подготовленная, несомненно будет по своим результатам более плодотворной, чем такая же экскурсия с тем же контингентом слушателей в Дом санитарного просвещения. Я к примеру взял этот Институт. Можно использовать положительно любое научное учреждение, особенно в крупном городе. Посещение этих учреждений несомненно будет

плодотворным: повысит уровень знаний экскурсантов, подымет удельный вес этих учреждений и одновременно будет давать представление о советском здравоохранении, будет делать это здравоохранение чем-то реально ощутимым, чему каждый должен по мере сил содействовать. Кроме экскурсий, эти научные учреждения должны устраивать у себя циклы научно-популярных лекций, соответственно обставленных в смысле наглядности.

Одновременно, таким образом, эти научные учреждения, служа трудящимся делом, будут служить еще и словом, вдвойне проводя оздоровительную работу среди трудящихся.

Вот другой момент, ясно говорящий о прямой необходимости децентрализации санитарного просвещения, о необходимости из музейной окостенелости дома Санпросвета выйти на свежий воздух жизни.

В этой работе должна сказаться организующая роль дома Санпросвета. Но одновременно с этим не должна ослабевать и наша санпросветработа по клубам и предприятиям. В эту работу необходимо вовлекать как можно шире врачей, знающих то или иное производство. И это необходимо сделать, чтобы „социальный“ заказ потребителя на лекции был бы выполнен с максимальным эффектом. Массовая работа должна быть регулярно налажена. Дом Санпросвета должен иметь тесную связь с Культотделом, без этого правильная бесперебойная работа совершенно немыслима.

Кроме этого, задачей дома Санпросвета должно быть выявление актива среди молодежи, среди которого надо проводить усиленную санпросветобработку. Фактически такой актив выявлен во многих местах, его лишь необходимо правильно использовать по линии санитарного просвещения.

Тут, между прочим, возможна и необходима взаимная работа „кружков первой помощи“, организуемых по линии Красного Креста, с этим активом. С одной стороны, необходимо использовать для сангигиенической пропаганды организованные уже Красным Крестом кружки. С другой стороны, обработанный в санпросветотношении актив может послужить прекрасным материалом для этих „Кружков первой помощи“, роль которых будет огромна как в смысле непосредственных оздоровителей нашего теперешнего быта, так и могучим резервуаром „первой помощи“ на случай грядущей боевой опасности.

Такие кружки активистов под разными названиями фактически существуют во многих местах. Но необходимо сознаться, что не было для этих кружков определенной, реально ощутимой целевой установки. И оттого эти кружки часто хирели, потому что, казалось, не было смысла их существования. По нашему мнению, самым живым, самым реальным—взять курс на превращение этого санактива в „Кружок первой помощи“. Умело организованная работа несомненно должна оплодотворить эту идею.

Вполне понятно и естественно, что в данной статье речь идет, главным образом, о работе в городе, потому что эту работу имеют в виду главным образом, все разговоры „о кризисе“.

Что касается деревни, то до кризиса там еще далеко. Наша огромная неграмотность, недостаточное количество медицинского персонала еще долго будут служить причиной кризиса противоположного характера, причиной невозможности более или менее удовлетворительно обслужить нашу крестьянскую аудиторию. Но и здесь имеются свои особенности, о которых мы поговорим в одной из наших следующих статей.

Заболеваемость населения г. Минска венерическими болезнями*).

(По данным Минского Венерологического Диспансера).

Д-р А. Н. Шапиро.

Минский Венерологический Диспансер открыт Белорусским Обществом Красного Креста 4-VI—1923 года. Еще задолго до открытия вопрос неоднократно обсуждался в Медицинском Отделе Красного Креста, где указывалось на далеко недостаточную помощь в деле борьбы с венерическими болезнями в Минске и крайнюю необходимость в открытии специального лечебного учреждения.

После неоднократных обсуждений с представителями Наркомздрава и Горздрава, каков должен быть тип открываемого учреждения, постановлено было остановиться на Венерологическом Диспансере.

Открытие последнего откладывалось на неопределенное время из-за отсутствия достаточного количества средств, необходимых для приобретения соответствующего оборудования и инструментария, и лишь только благодаря помощи Белорусского Центрального Комитета Красного Креста в апреле 1923 г. был открыт Вендиспансер при небольшом штате: 1 врач, 1 лекпом, 2 служителя. Специальных сметных ассигнований на содержание Диспансера выделено не было, а расходы производились по мере надобности. С первых дней открытия—Диспансер быстро расширяет свою работу, охватывая все больше и больше пораженные венболезнями группы населения, пользуясь большой популярностью и поддержкой всего населения. Благодаря огромной посещаемости, штат его также быстро расширяется. Уже в мае м-це работают—5 врачей, 2 лекпома и 1 сестра. В январе 1924 года Вен. Диспансер передается в ведение Наркомздрава и переводится в новое помещение, где наспех было отремонтировано 7, более уцелевших, комнат, в которых размещается Диспансер. Как не вошедшему в смету лечучреждений Наркомзрава, средства на содержание отпускались незначительные. С января по октябрь до нового бюджетного года Наркомздравом на все виды расходов, включая и зарплату, отпущено было 503 руб. 40 коп. В конце июня 1924 года Вен. Диспансер вновь временно переводится на Коммунальную ул. № 14 в помещение, занимаемое Пастеровским Институтом. Последнее оказалось еще более непригодным, чем предыдущее. Пришлось тесниться в 3-х грязных комнатах. С 12-го февраля 1925 года Диспансер переводится во вновь отремонтированное, более менее приспособленное, помещение по Красноармейской улице № 14. Занимаемое помещение состоит из двухэтажного каменного здания, с достаточно светлым полуподвальным помещением. Все здание распределено таким образом, чтобы для венериков

---

*) Доложено в заседании Минского Дермато-Венерологического Кружка при Минском Обществе Врачей 9-го января 1927 года.

мужчин и женщин были отдельные входы, ожидальные и кабинеты, за исключением кожного кабинета, который размещен в полуподвальном помещении и имеет общую ожидальную комнату для мужчин и женщин. Кроме разделения помещения по полу, имеется еще разделение по характеру заболевания сифилисом и гонорреей. Как мужское, так и женское отделения имеют разные ожидальные и кабинеты для гонорреи и сифилиса. Занимаемое помещение состоит из следующих:

Мужской корпус—Ожидальная комната для гонорреи, кабинет для гонорреи, в котором одновременно работают 2 врача.

Ожидальная и кабинет для больных сифилисом.

Женский корпус—Ожидальная и кабинет для гонорреи, в котором одновременно работают 2 врача.

Ожидальная и кабинет для сифилитичек.

Общий корпус—Ожидальная для мужчин и женщин по кожным кабинет.

Кроме этого имеется еще лаборатория, в которой производятся исследования, за исключением Rw, аптека, имеющая целью снабжение кабинетов и выдачу лекарств для кожного кабинета, канцелярия, кабинет главврача и красный уголок.

Особенностью нашего Диспансера является отсутствие „техничек", в которых обыкновенно лекпомы или сестры проделывают манипуляции, назначаемые врачами. Наша задача—чтобы все манипуляции производились самим врачем, но, не будучи в состоянии ее полностью проводить в жизнь, в виду недостаточного количества штатных врачей, мы ограничиваем ее следующим образом: в сифилитических кабинетах ин'екции и вливания производят сами врачи, в урологических же промывания производят в кабинетах лекпомы в присутствии врачей, все остальные манипуляции—массаж, бужирование, прижигания производятся врачами. Лечение и отпуск медикаментов вплоть до сальварсана бесплатно. Для застрахованных выделены специальные вечерние приемы, а те, которые работают вечером, принимаются утром. Выделение специальных приемов для застрахованных было обусловлено соглашением при переводе в Диспансер кожно-венерологических кабинетов из Центральной рабочей амбулатории. В самой работе имеется полная децентрализация: врачи, работающие в одном кабинете, в одной отрасли, не принимают по другой отрасли.

Работа в Диспансере начинается в 12 часов дня и кончается в некоторых кабинетах в 10 час. вечера, 2 раза в неделю консультативный прием—во главе с директором Кожной клиники профессором В. Ю. Мронговиусом.

Инструментарием, особенно урологическим, Диспансер оборудован полностью, имеются уретроскопы и цитроскопы. Инструментарий новый, лучшего качества, недавно привезенный из-за границы.

В кожном кабинете имеется горное солнце. В ожидальных и коридорах санпросвет выставка. В каждом отделении имеются ящики для вопросов и жалоб больных. Издается стенная газета, в которой принимают участие врачи и больные Диспансера, в одном из отделов газеты больные получают ответы на заданные вопросы. В июне 1925 г. приступлено к организации библиотеки. Средства на библиотеку отпускаются из хозяйственных сумм Диспансера; одновременно врачами Диспансера вносится добровольно ежемесячно на выписку периодических изданий, которые потом остаются собственностью Диспансера.

В текущем 1926 году было выписано: 18 журналов, из которых 4 иностранные.

Библиотека снабжена атласами и новейшими книгами на русском и немецком языках, заведует ею один из врачей Диспансера. Стационара Диспансер не имеет, по взаимному соглашению с Кожно-Венерической клиникой БГУ все места забронированы за Диспансером и больные в клинику принимаются исключительно по направлениям Вендиспансера. Ввиду недостаточности коек, всего 40, госпитализировать удается только тяжелые случаи сифилиса, а гонорею лишь с осложнениями.

Приводимые нами ниже таблицы указывают на развитие Диспансера.

Штаты.

НАИМЕНОВАНИЕ ДОЛЖНОСТЕЙ	1923-24 г.	1924-25 г.	1925-26 г.	Примечание
Заведывающий врач	1	1	1	В 1925 г. освобожден от лечебных функций.
Хозяйствен. персонал	1	1	1	
Врачей ординатор	2	7½	9½	
Консультантов	—	—	1	
Среднего персонала	2	4	6½	
Младшего „	1	4	5	
Итого	7	17½	24	

Смета на содержание.

НАИМЕНОВАНИЕ РАСХОДОВ	1923-24 г.	1924-25 г.	1925-26 г.
Зарплата	3.819-63	8.602-59	15.602
Хоз. расходы	980-62	2.967-51	4.271
Медикаменты	Свед. нет	4.309-39	7.600

Примечание. С 1 апреля 1924 г. леч. фонд, ввиду большого процента застрахованных, начал дотировать к зарплате, отпускает средства на содержание штатных единиц, на хозрасходы и медикаменты.

Общая сводка движения больных по годам:

НАИМЕНОВАНИЕ БОЛЕЗНЕЙ	1923 год (апрель – декабрь)						1 9 2 4						1 9 2 5								
	Первичн.		Повторн.		Всего		Первичн.		Повторн.		Всего		Первичн.			Повторн.			Всего		
	м.	ж.	м.	ж.	м.	ж.	м.	ж.	м.	ж.	м.	ж.	м.	ж.	д.	м.	ж.	д.	м.	ж.	д.
Гонор. остр . . .	655	181	22078	5108	22733	5289	165	38	8274	832	8439	870	478	96	—	20548	1883	—	21026	1979	—
„ хрон . . .							167	124	10990	4087	11157	4211	275	222	—	11415	5318	—	11690	5540	—
Проч. мочеполов. заболевания . . .	69	13	184	—	253	13	94	17	799	311	893	328	272	83	—	2834	847	—	3106	930	—
Сифил. I и II . .	315	118	4692	2192	5007	2310	211	166	4522	4572	4733	4738	394	232	62	5974	5202	535	6368	5434	597
Проч. формы сиф. .							146	341	565	697	711	1038	50	220	2	1143	1813	6	1193	2033	8
Мягкий шанкр . .	8	1	16	4	24	5	5	—	49	115	54	115	1	—	—	5	—	—	6	—	—
Кожн. заболев. . .	334	301	189	143	523	444	602	412	2490	1599	3092	2011	1936	1430	390	3840	2492	525	5776	3922	915
Итого . .	1381	614	27159	7447	28540	8061	1390	1098	27689	12213	29079	13311	3406	2283	454	45759	17555	1066	49165	19838	1520

Работа кожного кабинета за 1925 год.

Распределение больных по заболеваниям, полу, возрасту, национальности, образованию, социальному составу и роду занятий.

		Чесотка	Пиодермит	Стр. лишай	Парша	Волчанка	Вшивость	Незар. бол.	ВСЕГО
Пол	Мужчин	284	154	50	34	13	44	1401	1980
	Женщин	243	122	29	23	16	10	1020	1463
	Итого	527	276	79	57	29	54	2421	3443
Возраст	До 10 лет	57	93	49	16	1	7	200	—
	„ 20 „	202	77	9	24	11	18	663	—
	„ 40 „	211	90	20	15	12	26	1270	—
	Свыше	57	16	1	2	5	3	288	—
Национальн.	Белоруссы	209	87	24	17	18	16	1039	—
	Евреи	279	172	46	38	9	36	1130	—
	Великор.	10	6	5	2	2	2	139	—
	Поляки	18	7	4	—	—	—	63	—
	Прочие	11	4	—	—	—	—	50	—
Образов.	Высшее	33	3	3	—	—	—	145	—
	Среднее	64	32	4	1	1	11	405	—
	Грамот.	346	166	35	41	20	41	1604	—
	Неграмот.	84	75	37	15	8	2	267	—
Соц. полож.	По найму	238	108	13	17	10	34	1362	—
	Ижд. Соб.	10	—	—	1	—	1	28	—
	Хозяин	35	17	1	6	4	2	137	—
	Член семьи	244	151	65	33	15	16	889	—
	Своб. проф.	—	—	—	—	—	1	5	—
Застрах.	Застрах. акт.	243	86	13	13	8	36	1405	—
	Иждивен.	136	117	49	15	8	9	572	—
	Незастр.	148	73	17	29	13	9	444	—
Род занятий	Рабочий	156	78	11	11	8	22	828	—
	Служащий	78	27	3	1	2	11	497	—
	Военный	4	1	—	1	—	—	25	—
	Земледел.	50	22	—	9	10	—	95	—
	Безработ.	13	7	2	3	1	—	80	—
	Учащийся	122	54	18	15	3	14	573	—
	Кустарь	11	6	1	2	—	3	89	—
	Нетрудосп.	41	64	38	11	2	2	188	—
	Домаш. хоз.	45	17	6	2	3	2	246	—

Приведенная нами сводка движения больных по годам указывает на быстрый рост посещаемости, причем рост посещений идет главным образом за счет кожных заболеваний; количество же первичных венерических больных в 1924 году значительно меньше 1923 года; последнее обстоятельство можем об'яснить, что при открытии Диспансера все регистрировались, как первичные больные, эти же больные продолжали лечиться в 1925 году, регистрируясь уже повторно.

Небезинтересно отметить стоимость одного посещения по годам.

	1923 г.	1924 г.	1925 г.
Всего посещений . .	36.601	42.390	70.591
Зарплата на 1 посещ.	10,5 к.	20,5 к.	22,3 к.
Хозрасходы	2,5 к.	7,0 к.	6,0 к.
Медикаменты . . .	—	10.2 к.	10,0 к.
Итого . .	—	37,7 к.	39,1 к.

В медикаментозную помощь входит приобретение инструментария и сальварсана. Сумма расхода на одно посещение далеко недостаточна, так как за отсутствием средств, сальварсан давался всегда в чрезвычайно ограниченном количестве и рекомендуемая широкая сальварсанизация в больших дозах, нами не проводилась. Расход на медикаменты на 1923 год, ввиду отсутствия суммы, не указан.

Гонококковая вакцина, применяемая в большом количестве, отпускается Белорусским Санитарно-Бактериологическим Институтом бесплатно.

Закончив общий обзор деятельности Диспансера, перейдем к более детальному рассмотрению материалов за 1925 год, причем сюда включен и весь карточный материал Кожно-Венерологического Кабинета Центральной Рабочей Амбулатории, как слившегося в мае 1925 года с общими кабинетами Венер. Диспансера.

При рассмотрении движения больных в кожном кабинете, мы видим, что 71 проц. первичных больных относится к незаразным заболеваниям, (экзема, чешуйчатый лишай, крапивница; облысение, краснуха, разные виды лишаев и др.) и только 29 проц. относится к паразитарным формам, из которых первое место занимает чесотка—52,7 проц., пиодермиты—25,4 проц., стригучий лишай—7,9 пароц., прша—5,7 проц., вшивость—5,4 проц., волчанка—2,9 проц. Среди паразитарных форм заболеваний мужчины занимают 55,9 проц., женщины—44,1 проц.

Что касается возраста*), то по нашим данным наибольшее количество паразитарных заболеваний до 10 летнего возраста составляет

*) При рассмотрении возрастной группы наших больных необходимо учесть, что в то время, как вся венерическая помощь и кожная взрослым оказывается исключительно в Диспансере, часть детей по кожным заболеваниям получают эту помощь в кабинете Центрального Детского Диспансера.

стригучий лишай и пиодермит, причем резкое уменьшение наступает в возрасте от 10 до 20 лет и в возрасте от 40 лет имеет тенденцию вновь увеличиваться. Чесотка, наиболее распространена в возрасте от 10 до 40 лет; детский возраст дает незначительное количество. Парша дает повышение от 10 до 20 лет, и от 20 до 40 л. продолжает сохранять свою величину, как в возрасте до 10 лет. Волчанка до 10 лет слишком незначительна, наибольшее количество дает в возрасте от 10 до 20 лет и в возрасте 20—40 сохраняет равномерность.

Относительно национального признака необходимо отметить, что за исключением волчанки, которая у белоруссов в 2 раза больше, остальные заболевания паразитарные, главное распространение имеют среди евреев. Среди больных чесоткой 527 случаев: белоруссы дают 39,9 проц., евреи—53,1 проц.; пиодермит—белоруссы—31,9 проц., евреи—76,8 проц., стригучий лишай: белоруссы—30,3 проц., евреи—58,9 проц., парша: белоруссы—29,8 проц., евреи—66,7 проц. Непаразитарные заболевания дают почти одинаковое число как среди белоруссов, так и среди евреев.

Парша имеет свое распространение среди белоруссов, составляя 50% общего числа заболеваний среди евреев.

Делать какие-либо выводы о влиянии грамотности на заболевании кожными болезнями на основании нашего материала не приходится, так как число больных неграмотных в нашем материале незначительно.

Необходимо отметить большое распространение паразитарных заболеваний среди учащихся средних школ и ВУЗ'ов, составляя 24, 5 проц. среди всех чесоточных больных, такой же процент среди пиодермита и 22,9 проц. стригучего лишая; 26,3 проц. парши; 26,8 проц. вшивости. Это обстоятельство говорит о слабом санитарном состоянии школ и недостаточном надзоре со стороны врача школы.

В сифилитическом кабинете в течение 1925 года была произведена следующая работа:

Уколов (Hydr. salicyl. 10 %, Bijochinol) 8475, вливаний сальварсановых препаратов—3002.

Исследования крови по Вассерману производились в Белорусском Государственном Бактериологическом Институте. Все прочие анализы мочи, простатического сока, на гонококки производятся в своей лаборатории. Таких анализов произведено за год—3196.

Кроме лечебной работы, Диспансером проводилась профилактическая работа, заключавшаяся в обследовании рабочих на заводах и предприятиях, семейных обследованиях членов семей больных Диспансера, причем последние производятся в стенах Диспансера; периодических и систематических осмотрах служащих детских учреждений открытого и закрытого типа, связь с консультациями путем прикомандирования врача в качестве консультанта и, наконец, санпросветработа, как внутри, так и вне диспансера, которая, главным образом, ставила своей задачей ознакомление больных с путями передачи венерических заболеваний внеполовым путем и опасностями, урожающими больным при нелечении их.

Таблица № 1.

РАСПРЕДЕЛЕНИЕ БОЛЬНЫХ
по заболеваниям, полу и возрасту за 1925 год.

	До 1 г.			С 1—5			С 6—10			С 11—14			С 15—18			С 19—22			С 23—25			С 26—29			С 30—40			С 41—50			С 51—60			Свыше 60 лет			ИТОГО		
	М.	Ж.	Вс.	М.	Ж.	Вс.	М.	Ж.	Вс.	М.	Ж.	Вс.	М.	Ж.	Вс.	М.	Ж.	Вс.	М.	Ж.	Вс.	М.	Ж.	Вс.	М.	Ж.	Вс.	М.	Ж.	Вс.	М.	Ж.	Вс.	М.	Ж.	Вс.	М.	Ж.	Вс.
Сифилис I. . .	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	3	—	3	10	—	10	12	—	12	3	—	3	4	—	4	—	—	—	—	—	—	32	1	33
„ II скр. .	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	10	13	2	2	4	10	20	30	75	66	141	105	58	163	82	43	125	30	7	37	14	1	15	1	—	1	322	207	529
„ II с явл.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	4	5	9	10	19	11	6	17	13	3	16	6	—	6	—	—	—	—	1	1	40	24	64
„ III скр. .	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	—	2	2	—	12	12	—	2	2	—	42	42	1	58	59	1	28	29	—	4	4	—	4	4	2	153	155
„ III гум. .	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	2	—	2	2	2	3	5	—	—	—	3	—	3	1	—	1	1	1	2	—	—	—	7	8	15
Tabes и прогр. парал.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	14	2	16	15	1	16	2	—	2	2	—	2	34	3	37
„ врожден. .	—	17	17	—	25	25	—	5	5	—	6	6	2	2	4	2	1	3	1	—	1	1	—	1	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	7	56	63
Здоров. обн. на пр.	—	4	4	—	—	—	—	7	7	1	2	3	1	2	3	2	27	29	13	50	63	18	17	35	18	32	50	3	9	12	3	2	5	—	—	—	59	152	211
Триппер. острый .	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	2	7	2	9	48	22	70	162	30	192	156	18	174	85	14	99	13	3	16	5	2	7	2	3	5	478	96	574
„ хронич. .	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	3	12	27	39	64	85	149	93	64	157	78	36	114	22	7	29	5	—	5	1	—	1	275	222	497
Негонор. уретр. .	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	2	10	—	10	27	—	27	33	—	33	21	—	21	3	—	3	—	—	—	—	—	—	96	—	96
Полов. слабость .	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	2	15	—	15	6	—	6	15	—	15	3	—	3	1	—	1	—	—	—	42	—	42
Пр. негон. забол.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	6	6	6	2	8	25	11	36	40	21	61	33	25	58	22	15	37	4	3	7	4	—	4	—	—	—	134	83	217
Здоров., обнар. на приеме урологич.	—	—	—	—	—	—	—	1	1	2	2	4	2	8	10	8	17	25	38	43	81	32	28	60	21	16	37	4	5	9	3	3	6	—	—	—	110	123	233
Итого .	—	21	21	—	25	25	—	13	13	6	29	35	22	26	48	123	143	266	456	310	766	501	258	759	377	219	596	109	63	172	38	13	51	6	8	14	1638	1128	2766

Приведенная таблица (№ 1)
распределения по заболеваниям, полу и возрасту
в % отношении выражается в следующем:

МУЖЧИНЫ:

Острый триппер	Хронич. триппер	Негонор. уретр.	Полов. слаб.	Прочие негонор. болез.	Первичн. сифилис	II-ый сифилис скрытый	II-ый сифил. с явлен.	III-ый скрытый	III-ый гуммозн.	tabes и прогр. парал.	Сифил. врожд.	Всего
478	275	96	42	134	32	322	40	2	7	34	7	1469
32,5	18,7	6,5	2,8	9,1	2,2	21,9	2,7	0,1	0,5	2,3	0,5	100 %

Здоровых—10, 2%

ЖЕНЩИНЫ:

Острый триппер	Хронич. триппер	Негонор. уретр.	Прочие негонор. болез.	Первичн. сифилис	II-ый сифилис скрытый	II-ый сифил. с явлен.	III-ый скрытый	III-ый гуммозн.	tabes и прогр. парал.	Сифилис врожд.	Всего
96	222	—	83	1	207	24	153	8	3	56	853
11.3	26.0	—	9.7	0,1	24.3	2,8	17,9	0.9	2,3	6,6	100%

Здоровых—24,4%

ПО ВОЗРАСТУ

МУЖЧИНЫ:

С 11 — 14 лет — 0.2 %
„ 15 — 18 „ — 1,3 „
„ 19 — 22 „ — 7,7 „
„ 23 — 25 „ — 27,6 „
„ 26 — 29 „ — 30,7 „
„ 30 — 40 „ — 23,0 „
„ 41 — 50 „ — 6,9 „
„ 51 — 60 „ — 2,2 „
Свыше 60-ти лет 0,4 „

ЖЕНЩИНЫ:

До 1 года — 2 %
С 1 до 5 лет — 2,9%
„ 6 „ 10 „ — 0,6 „
„ 11 „ 14 „ — 2,9 „
„ 15 „ 18 „ — 1,9 „
„ 19 „ 22 „ — 11,6 „
„ 23 „ 25 „ — 25,4 „
„ 26 „ 29 „ — 25,0 „
„ 30 „ 40 „ — 20,0 „
„ 41 „ 50 „ — 5,8 „
„ 51 „ 60 „ — 0,9 „
Свыше 60-ти лет 0,9 „

Санпросветительная деятельность выразилась в проведении 286 лекций и собеседований внутри Диспансера и 67 вне его, с общим количеством слушателей 9128.

За отчетный год было осмотрено 95 учреждений и предприятий с общим количеством: мужчин—2132 и женщин—1463, детей—2581, больных среди них обнаружено: сифилисом—116, гонорреей—201.

Разбор нашего материала.

Переходя к разбору материалов за 1925 год, считаем не безинтересным сравнить наши данные с данными того же Диспансера за 1924 года, разработанные заведывающим урологическим отделением д-ром Ябленником.

Из общего количества посещений 70.591: на долю первичных падает 6.211, из коих кожные больные составляют 3.756 чел. Нашей обработке подверглись всего 2766 карточек венерических больных, которые заполнены довольно тщательно. Из этого количества карточек—2.455 за 1925 год и 311 карточек больных, поступивших в конце ноября и начале декабря 1924 года, продолжавшие лечение в течение 1925 года.

При анализе (таблица № 1) обращают на себя внимание здоровые, обнаруженные на приеме в сифилит. и урологическом кабинетах, число это для мужчин равняется 169, что составляет 10,2 проц., для женщин—275 чел., что составляет 24,4 проц. Наибольшее количество здоровых женщин падает на сифилитические приемы, мужчин—на гоноррейные приемы, делать выводы из этого, что женщины больше всего боятся заболевания сифилисом, а мужчины триппером—не приходится, но нужно отметить здоровое явление, что задачи советской медицины —профилактические мероприятия начинают внедряться в гущу рабочих масс. Обнаружение здоровых ни в коем случае нельзя отнести к группе симулянтов, приходящих в амбулатории за бюллетенями, наши больные приходили по поводу зуда в канале, прыщика на теле, в особенности в области половых органов. Отбросив из общего количества 2766—количество 444, оказавшихся здоровых мужчин и женщин, будем иметь всего больных венериков—2322 чел., из коих мужчины составляют—63,3 проц., женщин—36,7 проц. Наши данные за 1924 год дают: 68,6 проц. мужчин, 31,4 проц. женщин. Из общего количества заболеваний сифилис составляет—59,6 проц., гоноррея—40,4 проц., противоположные данные мы имеем за 1924 год—44,5 проц. падает на сифилис, 55,1 проц.—на триппер и 0,4 проц. на мягкий шанкр. Детализируя цифры заболевания сифилисом, мы видим, что они почти равномерно падают на мужчин—444 и женщин—452, по 29 проц., при чем на заразные формы среди мужчин они падают в 16,2 проц., у женщин—заразные формы всего в 5,5 проц; огромное число третичных скрытых форм у женщин; из 929 случаев урологич. заболеваний мужчин на заразные формы, к которым причисляем и хроническую гонорею, приходится 753 случая, что составляет 83,6 проц., у женщин из 401 случ, —318, что составляет 79,5 проц.

Сравнивая наши материалы с выводами 1924 года, по данным которого число случаев триппера и сифилиса среди мужчин находится в отношении 1,6 : 1; среди женщин отношение обратное—1 : 1, 5, подтверждается и нашими данными по отношению к женщинам, по отношению к мужчинам наши отношения выражаются 2 : 1.

Далее мы имеем расхождения в отношении свежих заболеваний мужчин и женщин с данными 1924 года—на одно свежее заболевание сифилисом у женщин приходится 1,9 заболеваний у мужчин, на одно острое заболевание гонорреей у женщин—приходится 5,5 острых заболеваний у мужчины; наши данные при сифилисе на одно женское три мужских; при гоноррее—на одно женское—5 мужских.

Данные всеобщей переписи в Пруссии в 1900 г. дают нам отношение заболеваний (сифилисом, гонорреей и мягким шанкром) мужчин к женщинам—3 : 1. Результат обследования в 1913 г. больших городов Германии дают также на одно заболевание женщин—3 заболевания у мужчин, причем отношения эти у сифилитиков и у трипперных больных разные.

Бляшко нашел, что ежегодно в Гамбурге среди взрослого населения от 15—50 лет заболевает триппером—мужчин—5,2 проц., женщин 1,1 проц.; сифилисом—мужчин—1,2 проц., женщин—0,6 проц.

мягким шанкром—мужчин—1,2 проц., женщин 0,1 проц.; всего мужчин 7,6 проц., женщин 1,8. Отношения полов изменяются по отношению городов и сел. Так, в сельских местностях Дании на одно заболевание женщин мы имеем 6,5 проц. заболеваний мужчин, в столице ее Копенгагене мы имеем отношение 1:3,6.

Приступая к разработке материалов в отношении возраста, национальности, семейного положения, источников и места заражения и специально бытовых условий, нужно отметить, что на все вопросы, за исключением места заражения, имелись ответы.

Здесь необходимо отметить, что в возрасте от 1—15 лет мы имеем лишь 48 случаев врожденного сифилиса, 13 случаев lues latens и 2 случая свежей гонорреи у женщин, нарастание заболеваний мы видим с 15 лет, при чем наибольшее падает на возраст с 23—29, наибольшее снижение в возрасте 30—40 лет и резкое падение с 41 года; причем не безинтересно отметить, что в возрасте от 51—60 мы еще имеем 5 случаев заболеваний свежей гонорреей у мужчин и 3 случая у женщин. Очень интересна незначительная заболеваемость в возрасте от 15—19 лет, которая по нашим данным за 1924 г. для мужчин дает 3 проц., для женщин 3,2 проц., наши же данные за 1925 г. дают для обоих полов понижение до 1,4 проц.; возраст от 19—22 лет дает уже значительное повышение для мужчин—7,9 проц., для женщин 9,2 проц. Наши данные еще благоприятнее результатов прошлого года и позволяют нам подтвердить высказанное д-ром Розенталем *) положение об оздоровлении молодежи в Минске.

Таблица № 2.

Национальный состав больных.

	Муж.	Женщ.	Всего	В °/₀°/₀
Белорус—ска	858	586	1444	63,6
Еврей—ка	326	130	456	19,2
Великор.—ка	160	59	219	8,7
Поляк—полька	58	46	104	4,4
Прочие	80	19	99	4,2
Итого	1482	840	2322	100

Рассмотрев национальный состав наших больных (таблица № 2), мы видим, что по отношению к общему числу белоруссы занимают первое место, составляя 63,6 проц. всех больных, евреи 19,2 проц., великороссы 8,7 проц. поляки 4,4 проц., прочие 4,2 проц., сравнивая его с материалом д-ра Розенталя, мы находим увеличение заболеваний среди белоруссов, уменьшение среди великороссов и евреев; среди еврейского населения Минска мы видим определенную тенденцию к уменьшению венерических заболеваний, так как составляя несколько

*) С. К. Розенталь. „Материалы к вопросу о борьбе с венерическими болезнями в Минске“ „Бел. Мед. Мысль“ № 4—5, 1924 г.

большую часть населения по отношению к белоруссам (евреи 43,5 проц., белоруссы 40,8 проц.) они дают почти в $3^1/_2$ раза меньше венерических заболеваний. По Розенталю за 1924 год евреи давали 24,8 проц., белоруссы—54,2 проц..

Если мы возьмем по отношению к общему числу национального состава г. Минска, по данным ЦСУ за 1923 год, то будем иметь заболеваемость венболезнями среди белоруссов—3,9 проц., великороссов—2,9 проц., поляков—2,6 проц. и евреев—1,1 проц.

На 1.000 человек населения по национальному составу распределяются следующим образом:

	Сифилис:	Триппер:
Белоруссы	14,2	13,2
Великороссы	10,0	12,4
Поляки	10,1	9,2
Евреи	2,4	4,9

Таблица № 3.

Социально-бытовые условия наших больных.

			В %%
Питание	Дома	2230 ч.	80,6
	В общей столовой . .	536 „	19,4
Пользование полотенцем и мылом	Общим	1494 „	54
	Отдельными . . .	1272 „	46
Пользование постелью	Отдельная постель . .	1951 „	70,5
	Общая постель . . .	815 „	29,5
Квартирные условия	В 1 комнате . . .	1320 „	47,7
	„ 2 „ . . .	313 „	11,3
	„ 3 „ . . .	211 „	7,6
	Отдельно в 1 комнате. .	321 „	11,6
	В чужой семье . . .	359 „	13,0
	В общежитии . . .	242 „	8,8

Таблица № 3 дает нам картину социально-бытовых условий жизни больных, на основании которой можно сделать ряд выводов, насколько наши больные являются опасными в смысле передачи инфекции окружающим внеполовым путем; таблица № 3 указывает, что 80,6 питается дома, 19,4 в общественных столовых, среди которых 4 в заразной форме сифилиса и, следовательно, могут стать передатчиками своего заболевания. Большую опасность в смысле передачи инфекции внеполовым путем представляет пользование общим полотенцем, что составляет 54 проц. и общая постель, составляющая 29,5 проц. Жилищные условия наших больных являются также благоприятным фактором в смысле распространения венболезней, так как только 11,6 живут в отдельной комнате, 47,7 проц. живут в одной комнате в общей семье, 13 проц. живут в чужой семье, 8,8 проц.—в общежитии и 7,6 проц. живут в 3-х комнатах.

Таблица № 4.

Венерические болезни и образование.

	Количество	В %%
Высшее	18	0,8
Среднее	243	10,1
Низшее	305	12,3
Грамотн.	934	33,5
Малограмотн.	392	18,9
Неграмотн.	430	18,4
Итого	2322	100%

Таблица № 5.

Употребляют алкоголь:

	Количество	В %%
Постоянно пьет	861	37,4
Случайно пьет	1461	62,6
Итого	2322	100%

Установить влияние образования на венболезни на основании таблицы № 4 не приходится; неграмотные составляют 18 проц. Цифра алкоголиков подтверждает нам давно известную истину о тесной связи между алкоголем и венболезнями. В наших случаях алкоголь сыграл огромную роль, этим можем об'яснить число заражений среди лиц, осведомленных о роли проституции в распространении венболезней и все же прибегающих к ней. У опьяневшего coitus продолжается дольше, вследствие чего поражение кожи наступает чаще и шансы заражения увеличиваются. Laugestein нашел, что 43,8 проц. всех больных мужчин заразились в пьяном виде, женщины—90 проц. Форель находит для мужчин 76,4 проц. и женщин 65,5 проц., Мюллер—67,7 проц. Форель нашел, что 48,5 проц. всех мужчин и 76,5 проц. всех женщин имели первое половое сношение в пьяном виде, кроме того алкоголь в дальнейшем имеет отрицательное действие на течение болезни.

Таблица № 6.

Социальное положение.

	Количество	В %%
Застрахованных	1137	46,9
Иждивенц. и член. их семьи	427	20.6
Приравниваемые	15	0,7
Крестьян	185	8
Красноармейц.	59	2,4
Кустарей	48	2,1
Железнодорожник.	36	1,6
Свободн. профес.	18	0,8
Проч.	397	16,9
Итого	2322	100%

Группа застрахованных занимает доминирующее место, составляя 46,9 проц., второе место занимают иждивенцы, составляя 20,6 проц. Большой °|₀ группы прочих—16,9 проц. об'ясняется тем, что в эту группу включены учащиеся, инвалиды и иждивенцы Собеса. Группа застрахованных составляет огромнейшее большинство в то время, когда лечение всех граждан производится совершенно бесплатно.

Таблица № 7.

По семейному положению.

	Сифилис		Триппер		Прочие болезни	Сумма	В °/₀ °/₀
	Свеж. и вторич. явлений	Проч. формы	Свеж.	Хрон.			
Холостых . . .	24	177	304	163	163	831	56,6
Женатых . . .	8	220	171	101	100	600	40,8
Разведенных . .	—	10	1	3	3	17	1,9
Вдовц.	—	5	2	8	6	21	1,4
Итого . .	32	412	478	275	272	1469	100
Девиц	—	136	26	34	23	219	25,6
Замужних . . .	1	285	62	153	52	553	64,8
Разведенных . .	—	8	2	21	6	37	4,3
Вдов	—	22	6	14	2	44	5,3
Итого . .	1	451	96	222	83	853	100

Таблица № 8.

Источники заражения.

	Сифилис		Триппер		Сумма	В °/₀ °/₀	
	М.	Ж.	М.	Ж.		М.	Ж.
От супруга . . .	16	257	38	173	484	4,5	55,8
„ знаком. . . .	108	49	273	52	482	31,9	13,1
„ незнаком . .	47	42	151	30	270	16,4	9,4
„ проститутки . .	140	—	191	—	331	27,7	—
Не полов. путем . .	20	40	—	4	64	1,7	5,7
Точно не знает откуда .	42	37	5	17	101	3,9	7,0
Не дали ответа . .	71	27	95	42	235	13,9	9,0
Итого . .	444	452	753	318	1967	100	100

Выяснить точно отражение семейной жизни на заражение не представляется возможным, так как в наших карточках нет указаний заболел ли до, или после брака.

Наибольшая, на основании таблицы № 7, заболеваемость отмечается у мужчин холостых, составляя 56,6 проц., у женщин обратно— у замужних, составляя 64,8 проц. Наши данные подтверждаются данными д-ра Атарова *) и д-ров С. Е. Гальперина и И. С. Исаева **) у последних из 6762 случаев сифилиса на женатых падает 24,0 проц., холостых—28,0 проц., замужних—33,0 проц., девиц—15,0 проц., для гонорреи (4823)—холостых—53,7 проц., женат.—46,3 проц., девиц—27,1 проц., замужних—73,9 проц. Учитывая лишь свежие заболевания женатых и замужних, которые бессомненно внесены в семью во время брака, мы имеем для мужчин 179, что по отношению к общему числу заболеваний мужчин составляет 35,8 проц., для женщин 216 случаев, сюда и включена гонорреи, что составляет 43,2 проц.

Одна треть всех случаев свежего сифилиса и $^1/_2$ свежей гонорреи падает на женатых мужчин, наши цифры выше данных Бляшко, у которого они составляют лишь $^1/_4$.

По вопросу об источнике заражения выявляется следующее: с первого взгляда бросается в глаза относительно небольшой $^0/_0$ заражений от проституток, составляя по нашим данным—27,7 проц., для знакомых—31,9 проц.

Наши данные подтверждаются данными Московского Показательного Диспансера Наркомздрава и данными периферических Диспансеров (Гальперин и Исаев за период с 1922 по 1925 г.) и Атарова (по Ростову и Нахичевани).

	1914 г. у мужчин	В период 1922 г.—1925 г.	
		По данным Показ. Диспансера НКЗ в Москве	По данным периферич. Диспансер.
Проститутки	56.9	31,7	26,0
Случайн. женщины	24,4	28,7	38,5
Знаком. женщины	12,8	23,5	15,3
Сожительницы	1,2	1,5	2,0
Невесты	—	0,3	7,2
Отсутствие указ.	3,5	6,3	10,7

	1914 г. у женщин	В период 1922 г.—1925 г.	
		По данным Показ. Диспансера НКЗ в Москве	По данным периферич. Диспансер.
Случайных мужчин	4,7	9,2	20,0
Знакомые	12,1	9,2	9,4
Сожители	4,7	4,2	4,3
Женихи	—	0,6	0,6
Мужья	53,5	54,8	47,1
Отсутствие указан.	25,5	22,0	18,6

*) К вопросу об организации статистики венболезней д-р Атаров Г. С., Ростов на Дону Журн. Вен. и Дермат. № 1, 1926 г.

**) Венерические заболевания среди городск. населения. (Обзор деятельности Вен. Диспансеров за 1924 и 1925 г. журн. Вен. и Дерм. № 3, 1926 г.).

По довоенным данным Чистяков в Петербурге на 500 венерических больных нашел в 73 проц. источники заражений проститутку; проф. Ronh, Hawon в Будапеште указывают на источник проститутку в 40-80 проц, Бляшко—62,72 проц., Pinkus на материале 2512 гонорройных больных, как источник заражения проститутку дает 62,54 проц., Fournier на 387 случаев—в 65 проц. видит проституцию.

Вернемся еще раз к таблице Гальперина и Исаева и нашей, номенклатура наша одна почти и результаты одни, но мы не можем согласиться с выводами автора „как в Москве, так и на периферии, проституция, как источник венеризма, идет на убыль, при чем особенно резко сократилось число заражений от проституток на периферии. Не имея возможности в настоящей работе подробно остановиться на этом вопросе, мы отметим лишь, что на периферии жилищный вопрос препятствует развитию квартирной проституции еще больше, нежели в Москве. С уменьшением заражений от проституции увеличивается заражаемость венболезнями от случайных знакомых женщин“.—Наше мнение, что проституция продолжает оставаться фактором распространения венболезней и будет ошибкой, если мы это обстоятельство выпустим из сферы нашего наблюдения. Если по сравнению с довоенным временем проституция играет меньшую роль, то все же по данным теперешним, они составляют самую большую группу источников заражения среди всех остальных источников, так как безусловно группу случайных женщин необходимо отнести также к проституткам и тогда процент значительно увеличится для Гальперина (31,7 проц.+28,7 проц.), для нашего материала (27,7 проц.+16 проц.). Я согласен с Гальпериным и Исаевым, что жилищный вопрос препятствует развитию квартирной проституции, но увеличивает уличную (парк, лестница) проституцию.

Безусловно, война и последующая революция изменила кое-что в отношении источников заразы, мы видим большой процент, как источник заражения жен, невест увеличение числа случайных мужчин. По мнению Ganse (Карлсруэ) в Германии в этом смысле произошло изменение за счет уменьшения источников заражения от проституток, увеличилось заражение от девиц из буржуазных семей, продавщиц, замужних женщин (11,5 проц.). Наши данные о большом проц. заражений среди женатых и замужних подтверждает высказанное на 2-м Всесоюзном С‘езде Венерологов проф. Броннером положение о нецелесообразности предварительного освидетельствования брачущихся. Наше мнение, что брак еще не является гарантией против венболезней.

Половая жизнь наших больных выявляется следующая: Первый coitus с 12 лет имел по 0,2 проц., с 15 лет—для мужч.—4,1, для женщ.—1,0; с 18 лет—мужч.—31,6 проц., женщ.—24,0 проц.; с 25 лет мужч.—57,6 проц., женщ.—59,85 проц. Таким образом, половая жизнь наших больных началась в периоде половой зрелости, и интересно отметить, что в возрасте 25 лет все мужчины уже имели coitus среди женщ.—5,4 проц., которые еще не имели. Онанизм среди наших больных не развит, занималось в юности—9,2 проц., в детстве—3,2 проц., в зрелом возрасте—5,3 проц.

3,9 проц. всех больных получили венболезни при первом coituse, 27,1 проц. имеют сношение с определенным человеком и 53,5 проц., наибольший процент имеют coitus случайно с разными лицами, последнее обстоятельство говорит о беспорядочной в половом отношении жизни наших больных.

Отношение больных к своей болезни, выражающейся в посещении Диспансера выразилось в следующем: Закончило лечение:

женщин—78,6 проц., мужчин—55,6 проц. Эти цифры говорят о более серьезном отношении к лечению среди женщин, чем среди мужчин. Причина относительно большого процента не закончивших лечение кроется в следующем, мужчины, одержимые половой слабостью, не заканчивают лечение, часть переезжает в другие места; среди женщин большой процент не заканчивает лечение, вследствие родов, продолжая числится на учете, как не кончившие Caesar Philipp *) (Münch. Mediz. Wochenschrift) 1914 г. № 15 на основании большого материала устанавливает, что только 11 проц. всех сифилитиков достаточно, 89 проц. недостаточно лечатся.

Британское Министерство Здравоохранения в своем официальном органе в 1921 году указывает, что 29 проц. сифилитиков и 33 проц. трипперитиков не доводят до конца своего лечения.

Выводы.

Подводя итоги нашей разработке мы приходим к следующим выводам:

1. Заболеваемость венерическими болезнями в Минске велико, составляя для белоруссов—14,2 проц. для сифилиса и 13,9 проц. на триппер на 1000 человек; для великороссов—10 проц. на сифилис и 11,4 проц. на гонорею; поляков—10,1 проц. на сифилис и 12,4 проц. на гонорею и для евреев 2,4 проц. на сифилис и 4,9 проц. на гонорею.

2. Несмотря на то, что санитарно-бытовые условия представляют благоприятные условия для передачи сифилиса внеполовым путем, однако число внеполового заражения чрезвычайно мало.

3. Алкоголь и проституция продолжают играть доминирующую роль в распространении венерических болезней.

4. Огромное большинство наших больных заразилось во время брака и внесло инфекцию в семью.

6. Значительный процент мужчин и женщин начало свою половую жизнь до 18-ти летнего возраста.

6. Значительная заболеваемость венболезнями в наших условиях выдвигает необходимость усиления санпросвет. пропаганды по венерическим болезням.

7. Необходимо расширение коечного фонда из расчета 1 койка на 1000 человек, что для Минска составит 110—120 коек, вместо имеющихся 40.

8. Для правильного учета и статистики вензаболеваний в г. Минске необходимо централизовать его в Диспансере, обязав врачей, занимающихся частной практикой, регулярно давать сведения о лечащихся у них вен. больных.

---

*) Цитировали Finger—Die Geschlechtskrankheiten als Staatsgefahr und die Wege zu Ihrer Bekämpfung.

Материалы к вопросу о распространении и характере зоба в Белоруссии *).

(По данным обследования в г. Минске).

Ординатор 1-й хирургич. клиники БГУ **Б. Г. Драгун.**

В феврале 1925 года, в научном медицинском обществе врачей гор. Минска, д-ром Лапидусом было сделано предварительное сообщение о зобе в Белоруссии. Данные были не широкого обследования и составлялись из наблюдений клиники и 2-х амбулаторий: клинической и центральной детской. Осмотрено было 800 детей; из них зобатых оказалось 162 человека, что составляет 20 проц. Взрослых было осмотрено 300 человек, из коих зобатыми оказались 20, что составляет 7 проц. Числа очень незначительные, но подтверждающие, до некоторой степени, эндемичность зоба в Белоруссии по сравнению с данными в других местах.

С каждым годом на территории Белоруссии увеличивается количество больных, подлежащих операции по поводу увеличенной щитовидной железы, в виду наступающих явлений, в большей или меньшей степени, отличающих их от здоровых, когда зоб переходит в Basedowism. Большая же часть с увеличенной щитовидной железой без сопутствующих явлений не обращают внимания на это. Распространение зоба подтвердилось на с‘езде опросом врачей, указавших на целый ряд деревень и местечек с очагами зоба в округах Бобруйском и Оршанском. Наряду с этим, живущие там врачи сообщили, что они сами интересовались этой болезнью, производя обследования в окрестных местностях.

Несомненно, зоб распространен в Белоруссии и это известно давно, но недостаточность квалифицированной помощи и некультурность населения до сих пор еще не дают возможности предоставить точные цифры его распространения.

В литературе нет нигде более или менее обстоятельного описания распространенности и характера этого заболевания в названной местности. Имеются лишь утвердительные указания, что зоб существует. По цифрам, взятым из медицинского департамента и приведенным д-ром Лежневым в единственной специальной русской работе, видно, что Минская губ. по количеству зобатых занимает 19 место по всей России и 13 место по Европейской России. Возможно, путем более подробного и тщательного изучения этой болезни, данные, которые получаются, займут еще более передовые места и дадут материал в смысле профилактических мероприятий.

В местах, где установлено, что болезнь эта распространена эндемически (Тироль, Южная Германия, Швейцария) издавна уже существуют специальные Государственные Комиссии для изучения ее и

---

*) Доложено в Мед. Секции Инбелкульта.

принятия широких профилактических мер. Главное внимание обращено на детей школьного возраста от 6 до 18 лет. При осмотре их школьно-санитарные и сельские врачи получают указания от подведомственных комиссий.

Медицинский Факультет Иркутского Университета подробно изучил этот вопрос на территории Прибайкалья, где, согласно сведениям санитарного надзора школ, был сделан осмотр учащихся ж.-д. школы Ст. Слюдянки и на общее число 343 оказались 65½ проц. больных с увеличенной щитовидной железой, при чем опрос их, как представителей 300 семейств, дал сведения о том, что в 150 случаях в семье имеется тоже зоб то у детей, то у взрослых. Одновременно там же обнаружили больных козлят и телят, которые, по словам жителей, появлялись на свет без волос, маленького роста и вскоре погибали. Выявив, таким образом, очаги заболевания зобом, работа комиссии этим и ограничилась, не дав ответа на вопрос о причине и заразительности зоба.

В 1925 году профессор Рубашев положил почин в смысле изучения этого вопроса в Белоруссии. Им был сделан доклад в медицинской секции ИБК и по его инициативе было проведено обследование д-ром Лапидусом с вышеуказанными цифровыми данными. В дальнейшем медицинской секцией ИБК было вынесено постановление об организации отряда для массовых обследований населения и выявления очагов эндемического распространения зоба в Белоруссии.

Неоднократно, обращая внимание на заметно толстую шею среди крестьян своей и других деревень, я невольно заинтересовался этим вопросом, предварительно рассмотрев доступную мне литературу, не вполне осветившую границу между нормальной и увеличенной щитовидной железой—с одной стороны и с другой стороны—предоставившую свободный выбор при определении увеличения щитовидной железы. Эти неточности потребовали клинического исследования части больных, изучения общих изменений в их организме и анализа крови, чем я и занялся.

Но прежде чем приступить к описанию этих исследований, я должен вкратце остановиться на некоторых определениях зоба авторитетными исследователями, которые полностью цитированы д-ром Пратусевич из Иркутского медицинского журнала в ее работе, последующей за моим докладом и доложенной спустя 3 м-ца тоже в медсекции ИБК.

По мнению Kocher'a зоб—это прогрессивный процесс увеличения железы, анатомически ведущий к изменению ее паренхимы за счет усиленного роста эпителия и клеток и новообразования железистых пузырьков, в которых происходит значительное выделение и скопление коллоида, но процесс физиологически не нарушающий прямой пропорциональности запросов организма и функций железы.

Oswald указывает, что при зобе имеется функциональная гипертрофия с пролиферацией эпителия. Он основывается на экспериментальных данных, доказавших, что после удаления у животных одной доли железы, компенсаторная гипертрофия в оставшейся сказывается точно также, как и при обычном зобе.

Aschoff Bürkle de la Camp называет зобом всякое увеличение железы, появляющееся эндемически или спорадически, будь ли это физиологическое изменение, злокачественное перерождение или только гиперплязия железы, связанная с развитием сосудов и разрастанием ткани в виде узлов.

Мюнхенская комиссия, считая физиологическим припухание в период полового созревания, обозначает зоб, как всякое увеличение железы, изменяющее контур шеи и выражающееся в местных или общих болезненных явлениях.

Еще более многообразны определения этиологии зоба и это потому, что учение о зобе, как и многое другое в медицине, не ново; оно своими корнями восходит из глубокой старины и, поднимаясь все выше и выше по лестнице серьезных научных исследований и наблюдений, конечно, не представляет собою нечто вроде застывшей догмы.

В 1876 году уже насчитывалось до 40 теорий, высказывающих то или иное предположение о причинах, вызывающих зоб. Одни считали причиной атмосферный воздух, луну, другие—воздушное электричество злоупотребление алкоголем и пр. В настоящее время наиболее заслуженными считается почвенная и водяная теория. Bircher ставит зависимость зоба от состава почвы, преимущественно, в гористых местах со свойственной им геологической формацией. Другие ставят зависимость от воды, вследствие недостатка или излишка органических и неорганических соединений, присутствия в ней токсинов или микроорганизмов. Наконец, возникновению зоба могут способствовать, по мнению некоторых, коллоидные соединения или эманация радия в воде, что должно об'единить в их понятии обе теории: почвенную и водяную. Сравнительно недавно была выдвинута новая инфекционная теория. Основоположником ее был Mac-Carisson, работавший в Индии. Он отметил связь частоты заболевания зобом и степени загрязнения воды кишечными микробами. При пользовании кипяченой водой заболевание зобом не наблюдалось. Опытами на себе и 22-х добровольцах, он доказал возможность заболевания зобом при питье осадка, остающегося на свече. Далее он получил зоб у экспериментальных животных путем введения им per os аэробных и анаэробных культур из испражнений больных зобом. При чем опыты с анаэробными культурами дали положительный результат в 100 проц. Простой химической дезинфекции было достаточно, чтобы сократить до половины число зобов. Многие клинические наблюдения других авторов говорят в пользу Mac-Carisson'a.

При обследовании д-ром Лапидусом выяснилось, что часть детей—в количестве 10—живущих на Пугачевской улице и употребляющих воду из одного колодца, имеют увеличенную железу. В дальнейшем подтверждение водяной и грунтовой теории дало подворное обследование семейств на окраинах гор. Минска в Татарской слободе и Комаровке, где целый ряд семейств употребляют воду из одного колодца и, конечно, не случайно, имеют зоб. Интересно отметить, что два семейства стали замечать у некоторых членов своей семьи толстую шею, через два года после переселения в Минск из Самарской губ., где жили в течение 20 лет, не наблюдая подобных явлений.

Жители побережья рек Сыр-Дарьи и Аму-Дарьи в Самаркандской области сами подтверждают, что распространение зоба, в результате обследований, отнесенное в их местности к эндемическому распространению, прекращается при перемене местожительства. Лечатся-же они растениями, собранными в песчаных местах. Лопух, напр., они прикладывают в виде компрессов и видят пользу, в достаточной степени, проверенную ими на лошадях, которые только таким путем излечивались от всевозможных опухолевидных образований. Д-р Дедов в Коканде, по своим обследованиям считает, что на 82.000 жителей заболевших зобом 50.000. В большинстве случаев, зоб там растет медленно до 70 летнего возраста и значительных растройств со стороны

организма не дает. Среди же жителей гор. Оши и др. городов, пьющих жесткую воду, распространение зоба отсутствует, на основании чего д-р Дедов отрицает всякую связь заболевания с чрезмерным содержанием минеральных, известковых или др. солей. Этиологическим моментом зоба он считает, какой-то организованный агент, способный жить в воде определенных качеств и погибающий при кипячении ее. Для обнаружения этого возбудителя, по его мнению, необходимы химико-бактериологические исследования почвы и воды в местах, где зоб распространен.

Не говорят также против водяной теории цифры зоба, полученные в Прибайкальи и падающие в большом количестве на жителей, источником питьевой воды которых являются горные речки.

Wilms, Basel и др. экспериментаторы старались доказать присутствие органически растворимого в воде токсина, являющегося возбудителем зоба, на животных. Для опыта служили крысы, обезьяны и собаки, которых поили сырой водой из источников распространения зоба и, которые, действительно, давали картину обычного зоба.

Другие авторы об'ясняют происхождение зоба зависимостью от потребления иода организмом и содержания его в щитовидной железе. Доказано, что иодистый обмен понижен, в местах эндемически пораженных зобом, параллельно уменьшению количества иода в почве, в воде и пищевых продуктах, где ежедневно потребление иода падает ниже 0,00004. Конечно, в зависимости от флоры и фауны страны, параллельно запросам организма, в связи с конституцией и темпераментом, этот недостаток может пополняться экзогенно, приемом иодсодержащих веществ, как рыбий жир, некоторые пищевые продукты и лекарственные вещества. Профессор E. Bauman считает, что между содержанием иода в щитовидной железе и наличностью зоба существуют определенные соотношения и если население не питается морской рыбой, то иод, находящийся в их щитовидной железе получается из растений.

Секрет щитовидной железы—коллоид содержит безиодистый нуклеопротеид и иод содержащее глобулиновое тело, необходимое в молодом возрасте для роста и развития организма. Эти факторы усиливают функцию железы, которая временно увеличивается в об'еме и изменяет свой вес по отношению к росту.

Зоб же, т. е. патологически увеличенная железа ведет к понижению ее функции и наступлению преждевременной старости, предрасполагающей к свойственному в этом мало сопротивляющемся возрасте поражению раком или способствует развитию пернициозной анемии, которая заметно улучшается от приема иода, почему Holler настойчиво связывает ее происхождение с зобом. Забулаев, обследовавши школы (Николай-Павдонский завод) констатировал у 80 проц. учащихся caries зубов. В Туркестане доследованиями д-ра Ротерозена установлено, что зоб является иммунитетом к малярии и считается среди населения, как божье благословение. Профессор Рубашев отмечает увеличение щитовидной железы в зависимости от возвратного и сыпного тифа.

Более подробно, не останавливаясь на этом вопросе, я перейду к описанию своих материалов, которые имеют ценность в том, что прошли через одни руки и что часть обследованных больных подверглась более подробному исследованию в Факультетской Хирургической Клинике.

При массовых обследованиях оценка увеличения щитовидной железы производится различно у разных полов и в разных возрастах.

Hunziker'ом для этого предложен об'ективный способ, состоящий из 2-х измерений:

I. Величина окружности шеи вокруг основания.

Проходят через jugulum и над vertebra prominens. За норму принимают 24-39 ст. в возрасте 6-17 лет, включая сюда и физиологическое увеличение в период полового созревания.

II. Передне-задний поперечный размер.

Установка ножек циркуля на jugulum и vertebra prominens. Норма считается $6^{1}/_{2}$—11 ст.

В нашей работе наиболее доступным оказался суб'ективный метод Klinger'а со следующей скалой:

Величина I—еле прощупываемая железа
„ II—умеренный зоб
„ II и III—несколько более значительный зоб
„ III—заметный зоб
„ IV—резко заметный зоб

Обследование производилось среди детей детских домов, учащихся и амбулаторных больных.

По возрастам все исследованные распределяются следующим образом:

Общее число осмотренных	Больных зобом	% отношен.		Возраст	Количество	Больных зобом	% отношен.	Мужчин	Женщин
				4-8	460	14	3	4	10
				8-10	263	19	7,2	7	12
4093	376	9,2		10-12	540	64	12	22	42
				13-14	1000	161	16,1	63	98
				14-16	1196	74	6	24	50
				16-18	434	29	6,6	12	17
				свыше 18	200	15	7,5	2	13

По национальности:

Белоруссов . . 120 Евреев . . . 112
Русских . . . 64 Поляков . . . 80

По скале Klinger'а:

I—91 III—211
II—24 IV— 50

Из этой таблицы видно, что в возрасте 12-14 лет зоб обнаружен в 16 проц., в возрасте 4-8 лет—3 проц. Необходимо также отметить, что дети с увеличенной щитовидной железой отличались от остальных

детей; они были не весьма развиты физически, малокровны, характеризовались преподавателями в большинстве случаев, как неуспеваемые и у 50 проц. отмечались уклонения со стороны организма:

	Дети	Взр.
Tachycardia	15	5
Arythmia	4	—
Exophtalmus	9	4
Признак Graefe	—	—
Tremor	169	12
Головные боли	105	15
Головокружение	40	4
Ослабление памяти	30	3
Бессонница	10	6
Нервные болезни	51	11
Жесткое дыхание	40	4
Кашель	89	3
Рвота	3	—
Малокровие	190	12
Meno—metrorrhagia	—	4

Заболевание зобом падает на жителей различных районов независимо от источника их водоснабжения.

Из указанных выше 376 больных зобом, было отобрано 60 лиц с большим или меньшим увеличением щитовидной железы и подробно исследована морфологическая картина крови.

Что касается исследования крови у этих больных, то я приведу нижеследующие цифры после уяснения связи эндокринной системы и кровеносной.

Всякое увеличение gl. thyreoidea, как простое, так и патологическое (Morbus Basedowii), до некоторой степени, сказывается на кровяном давлении.

Вопрос о влиянии щитовидной железы на кровяное давление представлял интерес и в прошлом, в виду чего многими авторами проделаны экспериментальные и клинические наблюдения. Так, Falty, Newburgh, Nobel производили эксперименты на здоровых людях и получили пониженное кровянное давление. Они вводили однократно и повторно в щитовидную железу вытяжки, производя гипертиреодизацию. Далее Oliver, Schäfer, Haskovec, Георгиевский и др., на основании введения вытяжек внутривенно получали понижение. Другие, как Гейнац, Livon, Patta, наоборот, в результате таких же опытов получали повышение кровяного давления. Производилось масса других опытов с удалением щитовидной железы, в результате давших понижение кровяного давления.

Пестрая картина выводов вселяет интерес в поиски истинной зависимости и вот, по предложению профессора Рубашева, я произвел исследование кровяного давления, как сказано, у 60 лиц.

Измерение производилось при помощи аппарата Riwa Rocci с манжеткой в 10 ст. шириной. Манжетку накладывали на среднюю треть плеча правой или левой руки, слегка согнутой под углом в локтевом суставе. При помощи нагнетания воздуха устанавливался момент появления и исчезновения тонов (по способу Короткову). Для точной проверки исследование повторялось 2-3 раза. Однако, допустить погрешности приходится, так как взрослые и дети измерялись одной манжеткой, иногда были психически возбуждены и не являлись для повторных исследований.

Измерение дало следующие цифры:

№№	ФАМИЛИЯ	Пол	Возраст	Рост	Maximum	Minimum	Пульс	№№	ФАМИЛИЯ	Пол	Возраст	Рост	Maximum	Minimum	Пульс
1	Свитлер . .	м.	4 г. 8 м	90	95	55	92	31	Альтшуль .	ж.	13	138	110	68	90
2	Довнар . .	м.	17	166	110	60	80	32	Дунер . .	ж.	13	135	115	65	84
3	Осенин . .	м.	14	156	110	70	84	33	Кантарович .	ж.	13	150	110	65	84
4	Раушин . .	ж.	15	130	115	65	72	34	Фрид. . .	ж.	14	145	115	65	74
5	Гаусман . .	ж.	14	148	110	60	82	35	Зельдова .	ж.	13	157	110	60	80
6	Коральчук .	м.	13	145	108	65	80	36	Клебанова .	ж.	13	150	105	70	68
7	Фишкин . .	м.	13	147	105	68	74	37	Чебат . .	ж.	14	145	111	65	70
8	Гошин . .	ж.	13	140	90	16	80	38	Будит . .	ж.	46	160	120	75	86
9	Слепян . .	ж.	17	105	110	65	74	39	Глайхангуз .	м.	16	156	118	60	70
10	Щелкун . .	ж.	15	145	122	97	88	40	Хатченко .	ж.	18	165	115	70	70
11	Рибец . .	м.	16	159	110	65	68	41	Рабинович .	ж.	13	145	112	65	80
12	Шапиро . .	ж.	14	164	109	60	80	42	Лапидус . .	ж.	16	160	110	65	90
13	Черток . .	м.	8	110	95	54	80	43	Глайхауз .	м.	15	164	115	70	76
14	Козловская .	ж.	12	151	110	60	74	44	Наумович .	ж.	14	159	105	60	84
15	Косько . .	м.	11	137	108	60	80	45	Альтшуль Д.	ж.	12	140	110	65	64
16	Сидоревич .	м.	13	150	105	60	90	46	Шварцман .	м.	15	145	107	65	70
17	Лиско . .	м.	16	146	110	65	80	47	Казарева .	ж.	25	159	115	60	80
18	Алешко . .	м.	12	125,5	105	60	90	48	Новаковская	ж.	28	150	110	70	74
19	Левко . .	ж.	49	174	142	110	84	49	Ханас . .	ж.	16	147	115	65	78
20	Рубинштейн	ж.	39	161,7	115	65	80	50	Голобуж. .	ж.	17	145	110	65	64
21	Шуб . . .	ж.	11	133	109	65	72	51	Рабин . .	ж.	18	150	115	60	70
22	Буйчинская .	ж.	17	165	115	65	84	52	Саурко . .	ж.	17	149	108	65	80
23	Левоцко . .	м.	16	157	115	70	80	53	Чертова . .	ж.	16	151	115	75	84
24	Михальчик .	ж.	13	139	110	60	80	54	Адамович .	ж.	15	156	112	60	76
25	Фрумкина .	ж.	12	148	110	60	86	55	Чертова С. .	ж.	16	147	115	65	80
26	Соболевская	ж.	14	152	100	55	74	56	Смольчик .	ж.	16	150	110	65	80
27	Потапенко .	м.	13	147	110	60	80	57	Сансович .	ж.	18	141	108	65	74
28	Маршак . .	ж.	14	163	110	60	86	58	Довнар . .	ж.	17	150	110	70	80
29	Лоскевич .	ж.	12	146	112	65	90	59	Рымкова . .	ж.	19	157	120	65	100
30	Петрова . .	ж.	40	163	145	90	86	60	Жигурева .	ж.	23	163	115	65	90

Полученные нами цифры не дают уклонений от нормы, за исключением 2-х случаев у взрослых, где мы имели повышенное кровяное давление и единичных случаев понижения в детском возрасте.

Попутно с исследованием кровяного давления, у отобранных больных исследовали также морфологический состав крови в части количества эритроцитов, гемоглобина и лейкоцитарной формулы.

Для подсчета элементов крови я пользовался камерой Тома-Цейса с ее кровесмесителями. Физиологический раствор служил для разведения крови и определения эритроцитов. Лейкоциты выявлялись действием 3 проц. acidum aceticum. Счет производился сейчас же после взятия крови. Мазки окрашивались по Gims'у в течение суток. Разведение 2:1 с. ст.

Что касается прежних работ по этому поводу, то из них Барадулин в своей работе о морфологическом составе крови не отмечает ненормальности, за исключением одного случая из пяти, где он получил уменьшение эритроцитов. Беляев в 15 случаях не нашел также никаких уклонений. Турин в своих 15 случаях тоже получил норму. Д-р Гамов, произведший исследования у 140 лиц в Прибайкальи, отмечает уменьшение эритроцитов. Иного характера цифры и выводы, касающиеся лейкоцитарной формулы. По мнению Blank'а лимфицитоз в 50 проц. при заболевании щитовидной железы ненормален. Stahl наблюдал при зобе без всяких клинических признаков (гипертиреоз) лимфоцитоз в 45,5 проц. и наоборот, при большем увеличении железы в крови находил норму. Из этого он выводит, что лимфоцитоз не имеет большого значения в дифференциальной диагностике. Kocher в 1908 году на с'езде германских хирургов доложил о 167 операциях по поводу morbus Basedowi и отметил лейкопению. Число лимфоцитов и эозинофилов было увеличено за счет уменьшения нейтрофилов. Работы Caro подтверждают это, как и массовые исследования Дивногорского, которые дали в подавляющем числе случаев повышение лимфоцитоза и в 50 проц. эозинофилию. Отсюда ясно, что случаи лимфоцитоза не единичны и им следует придавать роль в смысле диагноза и прогноза, согласившись с мнением Kocher'а о раздражении лимфатического аппарата гормонами hl. thyreoidea непосредственно или косвенно через вегетативную нервную систему (см. табл. на стр. 15).

При микроскопической картине крови можно отметить, что сами кровяные красные шарики отклонений от нормы не представляют. В 25 проц. случаев наблюдается эритропения у больных с незначительными изменениями в организме (малокровие, учащение пульса, головные боли).

Определение гемоглобина производилось по не совсем точному способу Talquist'а (см. табл. на стр. 16).

В 20 проц. лейкопения. Дифференциальный подсчет по Schilling'у дал следующие цифры:

Сегментарных форм уменьшение в 55 проц. случаев.

Палочковидные формы отсутствуют в 2-х случаях.

„ „ уменьшены в 51 проц. случаев.

Лимфоциты увеличены в 58 проц. случаев.

Аэозинофилия в 21 проц. случаев и эозинофилия 2-х случаях.

№ №	Гемоглобин	Эритроциты	№ №	Гемоглобин	Эритроциты
1	75	3900000	31	80	4300000
2	70	4100000	32	75	5136000
3	80	3840000	33	75	4800000
4	80	4200000	34	80	5312000
5	75	4500000	35	80	5184000
6	75	3960000	36	70	4400000
7	75	3710000	37	65	4700000
8	70	4160000	38	85	5300000
9	75	4000000	39	85	5600000
10	72	4350000	40	70	4900000
11	70	3920000	41	70	5392000
12	75	4420000	42	75	4600000
13	75	4000000	43	70	5000000
14	70	3600000	44	70	4640000
15	68	3800000	45	70	5000000
16	70	4590000	46	80	5312000
17	70	4100000	47	75	3904000
18	80	4250000	48	65	4300000
19	70	3820000	49	60	3450000
20	65	3900000	50	75	3800000
21	70	4620000	51	70	4200000
22	76	4500000	52	65	4500000
23	65	3900000	53	65	4500000
24	75	4900000	54	75	4320000
25	75	4600000	55	80	5100000
26	80	5100000	56	70	4500000
27	75	4400000	57	60	3800000
28	60	4000000	58	70	4900000
29	80	4500000	59	70	4000000
30	75	4800000	60	75	4650000

№ №	Лейкоциты (6000—8000)	Сегмент. нейтроф. (58—66%)	Палочков. нейтроф 3—5%	Молодые (юные) формы (0—1%)	Миэлоциты (0%)	Лимфоциты (21—35%	Большие одно-ядер. и переход. ф. (4—8%)	Базофилы (0—1%)	Эозинофилы (2—4%)	№ №	Лейкоциты (6000—8000)	Сегмент. нейтроф. (58—66%)	Палочков. нейтроф. (3—5%)	Молодые (юные) (0—1%)	Миэлоциты (0%)	Лимфоциты (21—35%)	Большие одноядер. и переход. ф. (4—8%)	Базофилы (0—1%)	Эозофилы (2—4%)
1	6200	54	2	1	—	35	6	—	2	31	5400	60	2	1	—	34	2	—	1
2	6120	52	6	—	—	39	2	—	1	32	5100	48	1	1	—	45	3	—	2
3	7800	56	3	0	—	30	4	1	6	33	5200	55	1	—	—	40	2	—	2
4	8100	43	1	1	—	52	2	—	1	34	5200	58	2	—	—	35	4	—	1
5	6200	59	1	1	—	33	4	—	2	35	7500	40	1	—	—	57	1	—	1
6	7820	65	1	—	—	28	4	—	2	36	7000	53	3	1	—	37	4	—	2
7	8000	57	2	1	—	35	2	1	2	37	8000	55	1	1	—	37	4	1	3
8	8000	64	1	—	—	30	4	—	1	38	5300	54	3	1	—	38	4	—	2
9	5900	45	1	1	—	47	4	—	2	39	6020	55	3	1	—	32	4	1	4
10	5350	43	1	1	—	49	2	1	3	40	7500	49	3	1	—	40	4	—	3
11	7300	56	2	—	—	34	5	1	2	41	8000	50	4	1	—	39	4	—	2
12	7500	62	3	—	—	30	2	—	3	42	5600	53	3	1	—	34	4	1	4
13	8100	56	3	—	—	34	3	—	3	43	5800	59	3	—	—	30	4	—	4
14	7150	60	4	—	—	29	4	—	3	44	7200	54	2	3	—	38	3	—	2
15	9100	47	3	1	—	46	2	—	1	45	8000	48	3	4	—	43	1	—	1
16	7150	58	1	—	—	34	4	—	3	46	4600	57	2	0	—	36	3	—	2
17	8100	55	4	1	—	35	2	—	3	47	5500	64	1	—	—	30	3	—	2
18	6200	58	1	1	—	37	1	—	2	48	5900	64	1	1	—	27	4	—	3
19	6340	64	1	1	—	29	3	—	2	49	8800	54	3	—	—	37	5	—	1
20	6500	59	3	—	—	34	2	—	2	50	7200	57	3	0	—	38	1	—	1
21	6000	64	3	—	—	27	4	—	2	51	6800	53	3	—	—	39	3	1	2
22	6400	54	—	1	—	38	4	—	3	52	6500	49	3	—	—	41	4	—	3
23	9000	59	—	—	—	35	4	—	2	53	8200	64	1	1	—	28	4	—	2
24	7200	59	1	—	—	37	2	—	1	54	8300	49	2	1	—	43	4	1	2
25	6000	50	2	1	—	43	4	—	—	55	7500	56	3	—	—	35	3	1	2
26	5200	43	1	1	—	47	4	—	4	56	6200	45	2	—	—	44	2	1	6
27	5000	64	1	1	—	26	4	—	4	57	7500	53	3	1	—	37	3	1	2
28	6000	58	2	1	—	29	4	1	5	58	6500	57	1	1	—	35	3	—	3
29	8000	52	1	1	—	45	—	—	1	59	7800	49	3	1	—	38	4	1	4
30	7500	49	1	1	—	44	2	1	2	60	8000	52	3	—	—	40	3	1	2

Выводы.

1. Наши исследования подтвердили, что среди учащихся (и взрослых) г. Минска имеется довольно значительный процент лиц с увеличенной щитовидной железой.

2. Эти лица в большинстве случаев обнаруживают некоторые дефекты в общем состоянии организма и потому на это заболевание должно быть обращено внимание с целью изучения и применения профилактики этого явления.

3. Болезненные явления не принимают, однако, тяжелых форм по сравнению с другими местностями распространения зоба и поэтому можно сказать, что зоб в наших условиях в большинстве случаев не есть тяжелое заболевание.

4. Доказательством последнего служит также исследование крови и кровяного давления, не дающие значительных отклонений от нормы.

5. Необходимо дальнейшее изучение зоба в Белоруссии в смысле его распространения и характера самого поражения щитовидной железы.

Выражаю свою благодарность студмедикам: Берило и Козловскому, помогавшим мне при обследовании.

Литература.

1. *Лежнев.* Зоб в России по обсл. Диссерт.
2. *В. П. Дедов.* О зобе в Коканде. Врач. Газ. 1904 № 51.
3. *Sivers.* Зоб в Финляндии „Вр. Г.“ 1894—14.
4. *Лапидус.* Зоб в Белоруссии. „Бел. Думка“ 1925 г,
5. *Иркутский.* Мед. жур. 1925 № 2 Зоб в Прибайкальи.
6. *Вильмс.* Экспер. раб. по обс. „Врач. Газ.“ 1896-14.
7. *Бауман.* О содерж. иода в щитов. жел. „Врач. Газ.“ 1910—13.
8. *Курлов.* Изменение крови при болез. Bassc Врач. Газ. 1909—13.
9. *Попов.* Диссерт. Матер. к вопросу о кров. давл. у детей.
10. *Левит и Плетнев.* Основы клин. диаг. 1922 г.
11. *Игнатовский.* (Белград Унив.) о кровян. давлении.
12. *Negel.* Гематология болезней крови и диагностика.
13. *Das. Kroptroblen.* Zenx x. chis 1924—№ 8 S. 2651.
14. *Enderlen.* Vler dr. Kropt Klinis. Wochens 1922—10.
15. *Lang Zn. Erag.* Kropt d. Shal. Klinis. Wochens 1924—34.
16. *Казанская. Мед. журн.* № 3—1925 г.

Из практики работы органов контроля и экспертизы в Белоруссии.

(Клиника профессиональных болезней. Заведующий клиникою С. Н. Ефимьев).

(По данным ЦБВЭ)

С. Н. Ефимьев.

С 1-го марта 1926 г. Центральное Бюро Врачебной Экспертизы было передано клинике профболезней.

Из 6-ти месячной работы ЦБВЭ, конечно, нельзя делать исчерпывающих выводов, но просмотреть результаты работы за этот период следует. Жалоб на решения ВКК и БВЭ поступило 208. За 6 месяцев было 32 заседания, на которых рассмотрено 209 дел о 209 лицах и дано 256 заключений (некоторые дела рассматривались по 2 и по 3 раза). В месяц ЦБ заседало в среднем свыше 5 раз, в каждое заседание рассмотрено в среднем 8 дел.

	Абсолютн. цифры	Проценты
Утверждено решений . .	94	52
Отменено решений 75 . . / ЦБВЭ вынесло свои реш. 13 .	88	48
Предложено переосвидетельствовать на местах . .	13	
Постановлено вызвать из окр.	5	
Передано в Минское БВЭ .	1	
Не явилось по вызову . .	2	
Остались неразрешенными .	5	
	208	
Рассмотрено 1 дело, непосредственно поступ. в ЦБВЭ .	1	
Всего . .	209 дел	

Кроме вышеуказанных 13 переосвидетельствований было еще 39 переосвидетельствований на местах, но они в наши данные не могли войти, так как относятся к делам, которые показаны как окончательно законченные. Имелось еще 16 различных заключений, по делам указанным, как оконченные, напр.: предложить сделать рентгеновский снимок, дать заключение по возвращении с курорта и т. д. Эти заключения также в данные не вошли, как предварительные. Следует пояснить, что „свои решения“ по существу есть отмена решений БВЭ. Наприм.: жалобщик был признан трудоспособным ВКК в апреле, постановление утверждено БВЭ заочно, жалобщик лишь в июле узнал результаты и только в сентябре обжаловал; при освидетельствовании выявляется необходимость признать его инвалидом и ЦБВЭ устанавливало

инвалидность, но не с апреля, а со дня подачи жалобы. Или повышая группу инвалидности, ЦБ иногда не относило повышение инвалидности назад, а повышало лишь со дня своего освидетельствования.

По решенным делам было 39 переосвидетельствований на местах по поручению ЦБВЭ и по этим делам даны заочные решения, т. е. заочные решения вынесены немного более 21 проц., а в 78 проц. заключения даны после личного освидетельствования в ЦБВЭ.

Для сравнения приведем работу ЦБ с 1-IX-25 г. по 1-III-26 г., т. е. за 6 месяцев до передачи ЦБВЭ клинике. За эти 6 месяцев рассмотрено 127 дел о 127 лицах.

Дано заключений 146.

	Абсолютн. цифры	Проценты
Утверждено решений . .	96	79
Отменено „ . .	26	21
Предложено переосвидетельствовать	4	
Осталось нерешенными . .	1	
Итого . .	127 дел	100

Было еще 15 предварительных переосвидетельствований и 4 вызова. Значит всего переосвидетельствований 15 проц.

Как видно:

Количество дел за последние полгода увеличилось на 66 проц.

Нельзя не обратить внимания, что процент утверждений значительно понизился: вместо 79 проц. только 52 проц., процент отмены возрос: вместо 21 проц. теперь отменено—48 проц. Это, конечно, не случайность. В дальнейшем выяснится, чем это вызвано.

Перейдем к рассмотрению работы по отдельным городам и округам. На решения **Минского** Бюро Врачебной Экспертизы подано жалоб 122: 88 жалобщиков—мужчины, 34—женщины.

По национальности:	Абсолютн. цифры	Проценты
Белоруссы	72	59,0
Евреи	40	32,7
Поляки	6	4,9
Великоруссы . . .	2	1,6
Украинцы	1	0,8
Татары	1	0,8
	122	

Возраст жалобщиков:

Лета	Мужчины	Женщины
от 18—20 . .	2	2
„ 21—25 . .	10	7
„ 26—35 . .	30	6
„ 36—45 . .	18	10
„ 46—55 . .	12	6
„ 56—60 . .	7	2
„ 61—65 . .	5	0
„ 66—70 . .	4	1
Итого .	88	34

Профессии	Мужчины	Женщины
Врачи, сестры милосердия, завхоз б-цы	1	2
Канцелярск. служащие, секретари	2	1
Юристы	2	—
Счетоводы-кассиры	2	1
Контролеры	2	—
Почтово-телеграфные	1	—
Монтеры-электрики	3	—
Учительницы	—	1
Крестьяне—инвалиды войны	12	—
Инвалиды-пенсионеры	8	1
Домашн. хозяйки-вдовы	—	9
Кузнецы-слесаря	3	—
Печатники	3	—
Стрелочники	2	—
Плотники и столяры	6	—
Десятники	3	—
Портные и портнихи	4	3
Разн. рабочие	16	9
Чернорабочие	9	3
Сапожники	2	—
Содержател. парикмахерской	—	1
Маляры	1	—
Не указано	6	3

Из них служащ. и рабоч. жел.-дорожников—10 мужчин и 4 женщины.

	Абсолютн. цифры	Проценты	
Утверждено решений	59	53	
Отменено „	43	39	47
Вынесены свои решения	9	8	
Не явилось	2	—	
Вызвано	3	—	
Не решено	5	—	
Передано в МБВЭ	1	—	
	122 дела	100	

90 проц. из них были освидетельствованы лично в ЦБВЭ.

Что дало Минское БВЭ:

	Мужчины	Женщины
Первую группу	—	1
Вторую „	8	7
Третью „	32	11
Четвертую „	33	11
Пятую „	1	1
Перевод на легкую работу	1	—
Отпуск	1	—
Отказано в отпуске	1	—
Признано трудоспособными	9	3
Отказано в курорте	2	—
	88	34

ЦБВЭ отменило и дало:

	Мужчин	Женщин
Вместо 4 гр. дало 1 группу . .	—	1
„ 2 „ „ 1 „ . .	1	2
„ 2 „ „ отпуск для лечения .	—	1
„ трудоспос. дало 2 гр. . .	—	1
„ „ „ 3 „ . .	2	1
„ 3 гр. дало 2 группу . .	8	2
„ 4 „ „ 3 „ . .	13	3
„ 3 „ признало подл. лечению .	1	—
„ 4 „ дало 2 группу . .	2	—
„ 4 „ „ отпуск . . .	1	—
„ трудоспособн. дало 6 групп .	1	—
„ 2 гр. признало трудоспособн. .	1	—
„ 3 „ дало 6 групп . . .	1	—
„ 4 „ „ 6 „ . . .	1	—
	32	11

Нельзя не обратить внимания, что большая часть отмены решений произошла в сторону повышения группы инвалидности и только в 3-х случаях группа инвалидности снижена. В окончательном виде решения Центрального Бюро по жалобам на решения Минского Бюро таковы:

	Мужчин	Женщин
Первая группа инвалидности . .	1	4
Вторая „ „ . .	16	7
Третья „ „ . .	37	13
Четвертая „ „ . .	16	7
Пятая „ „ . .	1	1
Шестая „ „ . .	3	—
Перевод на легкую работу . . .	1	—
Даны отпуска	2	1
Отказано в отпуске	1	—
Признаны трудоспособн. . . .	7	1
Признаны подлеж. лечению . .	1	—
Отказано в курорте	2	—
	88	34

Сравнивая эту таблицу с таблицей решений Минского Бюро, видим: в 1-й группе оказалось 5 инвалидов вместо одного, во 2-й группе число инвалидов мужчин удвоилось, в 3-й группе тоже произошло увеличение числа инвалидов, в 4-й группе произошло уменьшение числа инвалидов—мужчин более, чем вдвое, а женщин на 37 проц., число трудоспособных тоже уменьшилось, хотя и незначительно.

В большинстве случаев в актах Мин. БВЭ указано несколько диагнозов, тоже наблюдается в актах Витебского БВЭ и в актах всех ВКК, инвалидность назначена по совокупности заболеваний. При изучении каждого акта мы брали основное заболевание и отбрасывали второстепенные.

Болезни и возраст:

БОЛЕЗНИ	18—20		21—25		26—35		36—45		46—55		56—60		61—70		Итого	
	Муж.	Жен.	Муж.	Жен.	Муж.	Жен.	Муж.	Жен.	Муж.	Жен.	Муж.	Жен.	Муж.	Жен.	Муж.	Жен.
Циклотомия	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	1	—
Слабоумие	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—
Остатки энцеф.	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—
Прогр. паралич	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	2	—
Бол. Деркума	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	1	—	2	—
Истерия и невр.	—	—	—	1	—	2	1	3	—	1	—	—	—	—	1	7
Переутомление	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—
Актив. туберк.	1	1	2	1	4	1	3	2	—	1	—	—	—	—	10	6
Неактивн. „	—	—	3	3	4	—	—	2	—	—	—	—	—	—	7	5
Эмфизема легк.	—	—	—		1	—	—	—	1	—	1	1	—	—	3	1
Проч. бол. дых. п.	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	3	—
Миокардит	—	—	—	—	1	—	4	—	7	1	1	—	3	—	16	1
Бол. сердца	—	—	—	1	4	—	—	1	—	—	2	—	—	—	6	2
Артериосклер.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	1	2	1
Варик. расш. вен	—	—	—	—	—	1	—	—	—	1	—	1	—	—	—	3
Малокровие	—	1	—	—	1	—	—	—	—	1	—	—	—	—	1	2
Отсутств. почки	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	1	—
„ глаза	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	1	—
Отслойка сетч.	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	1	—
Глухота	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1
Отсутств. и укороч. ноги	—	—	—	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	2	—
Забол. сустав.	—	—	2	—	6	—	3	1	—	1	1	—	—	—	12	2
Поврежд. пальц.	—	—	1	—	4	—	1	—	—	—	—	—	—	—	6	—
Паразит. забол.	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—
Грыжи	—	—	—	—	1	—	—	1	—	—	—	—	—	—	1	1
Старч. дряхл.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	4	—	4	—
Катарр желудка	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1
Женск. болезни	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1
Здоровые	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—		1	—
Не указано	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	—
Итого	2	2	10	7	30	6	18	10	12	6	7	2	9	1	88	34

Значительное количество туберкулеза: активного—16 и неактивного—12, всего—28 или 23 проц. Инвалидность по возрастам видна из приведенной таблицы. Разбивая по профессиям, получаем малые цифры в отдельных профессиях, но все-таки на первом месте по активному туберкулезу идут сапожники, портные и портнихи, столяры, неактивный туберкулез отмечается у рабочих разных профессий и счетоводов-кассирш. По активному туберкулезу половина женщин получила 1-ю группу, мужчины же в 60 проц. получили 3-ю группу, только в 2-х случаях 2-ю группу и ни в одном—1-ю группу. Истерия отмечена, главным образом, у вдов. Миокардиты—у чернорабочих и грузчиков, лиц тяжелого физического труда. У мужчин на первом месте причиною инвалидности является заболевание сердца, главным образом миокардиты, на втором—туберкулез—17. Третье место—ограничение подвижности и заболевание суставов—10, неполное разгибание или отсутствие пальцев—6, всего 16. Тут большая часть пострадавших на войне. Инвалидов войны значится—12, да инвалидов-пенсионеров—8. У женщин на первом месте—туберкулез легких: 11. На 2-м месте—истерия: 7.

Минское Бюро, кроме определения инвалидности по городу, утверждает акты ВКК из округов, за исключением Витебского района. К сожалению, в Центральное Бюро актов освидетельствований ВКК и указаний, какие группы были назначены ВКК, как правило, не поступает. Центр. Бюро имеет из Минского лишь выписку из акта, где указан диагноз и заключение. Но все-таки кое-какие акты попадают.

Сравним:

Какую группу дала ВКК.				Какую утвердило Мин. БВЭ.	Какую утв. ЦБВЭ.
Калининск. ВКК	дала	4	гр.	4	4
„ „	„	3	„	4	3
Бобруйская ВКК	„	2	„	3	2
„ „	„	1	„	2	1
Оршанская „	„	4	„	4	3
„ „	„	3	„	4	3
„ „	„	3	„	4	4
„ „	„	3	„	4	3
Могилевская „	„	4	„	4	4
Слуцкая „	„	2	„	3	2
Калининская „	„	2	„	3	2

Как видно из приведенной таблицы, Минское Бюро в данных случаях при утверждении актов ВКК всюду снизило группу инвалидности, утвердив без снижения лишь 4 группы. 4-ая группа, как известно, права на получение пенсии пока не дает. Приведенная таблица не составлена искусственно, здесь не подобраны исключения, а она взята в порядке поступивших дел за некоторый период. Минбюро, конечно, не вызывало всех этих лиц и само не свидетельствовало их, а вынесло свое решение на основании об'ективных данных, записанных в акте врачами ВКК. Невольно напрашивается вопрос, нет ли тут давления страховых органов. ЦБВЭ всех этих лиц подвергло переосвидетельствованию на месте, потребовав тщательного заполнения акта и подробного описания об'ективных данных; Оршанская ВКК при первом освидетельствовании в одном случае дала 4-ю группу, а при переосвидетельствовании установила, что группа инвалидности должна быть

выше и представила ЦБВЭ веские данные, так что ЦБ перевело в 3-ю группу.

Перейдем к работе **Витебского** Бюро Экспертизы.

Поступило жалоб 46, из них от мужчин—33 и от женщин—13.

По национальности: белоруссы—34 (74 проц.)
евреи —10 (21,7 проц.)
поляки — 2 (4 проц.).

Возраст:	м.	ж.
до 20 лет	—	1
„ 21—25 „	3	2
„ 26—35 „	8	1
„ 36—45 „	5	1
„ 46—55 „	6	6
„ 56—60 „	5	2
„ 61—65 „	4	—
свыше 70 „	2	—
Итого	33	13

Профессия:	м.	ж.
Канц. служ., делопроизвод. .	4	—
Лекпомы, санитарки	1	1
Бухгалт., телеграф., кондукт. .	3	—
Рабочие.	6	4
Машинисты, слесаря	2	—
Приказч., охранник	2	—
Плотники и столяры	3	—
Портные	1	1
Инвалиды войны—селяне . .	3	—
Дом. хозяйки—вдовы . . .	—	6
Инвалиды-пенсионеры . . .	5	1
Селяне	1	—
Не указано	2	—
Итого	33	13

Из них железнодорожников 10 мужч., 4 женщины.

	Абсолютн. цифры.	Проценты.
Утверждено решений	21	51
Отменено решений	20	49
Предложено переосвидетельствовать .	5	—

(Одно решение утверждено после того, как Вит. Бюро переосвидетельствовало по предложению ЦБ и само при переосвидетельствовании повысило группу инвалидности).

Половина жалобщиков была переосвидетельствована в ЦБВЭ (20 м. и 3 жен.), вторая половина была переосвидетельствована на местах.

Что дало Витебское Бюро:

	м.	ж.
Первую группу	—	1
Вторую „	3	—
Третью „	15	5
Четвертую „	11	4
Пятую „	1	1
Признано трудоспособн.	1	2
Отказано в курорте	1	—
Отказано в спецлечении	1	—

Центральное Бюро отменило и дало:

	м.	ж.
Вместо 2-й гр. дало 1-ю груп.	1	—
„ 4-й „ „ 2-ю „	1	—
„ 1-й „ „ 2-ю „	—	1
„ 5-й „ „ 3-ю „	1	—
„ 4-й „ „ 3-ю „	5	1
„ 3-й „ „ 2-ю „	7	1
„ трудоспособ. 5-ю „	—	1
„ „ „ 6-ю „	1	—

И здесь отмена решения произошла в сторону повышения групп инвалидности.

В окончательном виде решения ЦБ следующие:

	м.	ж.
1-я группа	1	—
2-я „	10	2
3-я „	14	5
4-я „	5	3
5-я „	—	2
6-я „	1	—
Признано трудоспособн.	—	1
Отказано в курорте	1	—
Отказано в спецлечении	1	—
Итого	33	13

Как видно из таблиц резко повысилась 2-я группа: в 4 раза (вместо 3-х мужчин стало 10 и прибавилось 2 женщины). В 4-й группе убыль мужчин более, чем вдвое. Трудоспособных уменьшилось втрое.

Основные диагнозы Витбюро:

Возраст и болезни:

Диагноз.	До 20		21-25		26-35		36-45		46-55		56-60		61-65		Выше 70 лет		Итого	
	м.	ж.	м.	ж.	м.	ж.	м.	ж.	м.	ж.	м.	ж.	м.	ж.	м.	ж.	м.	ж.
Миокардит и болезни сердца	—	—	—	—	1	—	—	—	1	2	3	1	3	—	2	—	10	3
Артериосклероз . .	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	—	—	—	2	—
Варик. расш. вен .	—	—	—	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	2
Туберкулез . . .	—	—	1	—	3	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	6	—
Эмфизема	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—
Косоглазие и отслойка сетчатки . . .	—	—	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2
Паралич. энцефалит .	—	—	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	2	—
Неврастения . . .	—	—	—		—	—	—	—	1	1	—	1	—	—	—	—	1	2
Повр. и заб. суставов	—	—	1	1	2	—	4	—	1	—	1	—	—	—	—	—	9	1
Тоже пальцев . .	—	—	—	—	1	—	1	—	—	2	—	—	—	—	—	—	2	2
Глухота	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1
Итого . . .	—	1	3	2	8	1	5	1	6	6	5	2	4	—	2	—	33	13

У мужчин и здесь первое место занимают болезни сердца, главным образом, миокардит. На втором месте — повреждения суставов — результаты войны, на третьем месте—туберкулез.

Могилевское ВКК.

Жалоб—10. Мужчин—9 и 1 женщина, из них 9 белоруссов и 1 поляк. Возраст: мужчин—25, 30, 31, 31, 38, 40, 42, 56 и 77, женщин—56 л. Профессии: портной—1, селянин—4, дом. хозяйки-вдовы—1, селянеинвалиды войны—4, из них 1 железнодорожник.

Утверждено решений: 4 (44 проц.). Отменено решений—2 и вынесено своих решений — 3 (56 проц.), предложено переосвидетельствовать—1.

Решения Мог. ВКК.	*Решения ЦБВЭ.*
Трудоспособен	Переосвидетельствовать
4-я группа дана 4-м лицам	утвердили 3-м, отмен.—1, дав 3 гр.
Потеря 50 проц. трудоспособ.	3-я группа
3-я группа 1 лицу	отменили, дали 2-ю гр.
Отказано в курорте	утвердили
Передать в ЦБ на разрешение	1-ю гр. до протеза, после чего 2-ю
Передать в ЦБ на разрешение	2-я гр., не признали „увечья“.

Мозырская ВКК.

Жалоб—12, все мужчины. Белоруссов—10, евреев—2. Лета: 25, 28, 29, 29, 31, 32, 32, 36, 36, 38, 38, 45.

Крестьян-инвалидов войны—9, сотрудник финотдела—1, из них железнодорожников—2.

Утверждено решений—4 (50 проц.); отменено—4 (50 проц.), постановлено вызвать—2, предложено переосвидетельствовать—2.

Решения Моз. ВКК: 2-я группа—1, 4-я—7, 5-я—2-м, амбулаторн. лечение—1, способен к легкой работе—1.

ЦБ отменило и дало: вместо легкой работы—4-ю группу инвалидности, вместо 4-й группы—3 группу в 2-х случаях и вместо 5-й группы—4-ю в одном случае.

Слуцкая ВКК.

Жалобы 2-х мужчин, белоруссов, 30 и 34 лет, оба инвалида войны с повреждениями конечностей. Слуцкая ВКК обоим назначила 4-ю гр. ЦБ отменило и обоим дало—3-ю группу.

Бобруйская ВКК.

Жалобы подали 2 мужчин, белоруссы, 40 и 53 лет и одна женщина—50 лет, белоруска. Мужчины—инвалиды войны, женщина-вдова.

Утвердили 1 решение, отменили—1 решение, предложили переосвидетельствовать—1.

Бобруйская ВКК дала 3-ю группу, ЦБ перевело во 2-ю; ВКК дала 4-ю группу ЦБ утвердило, ВКК определила 50 проц. потери трудоспособности, предложили переосвидетельствовать.

Борисовская ВКК.

5 жалоб, от 4-х мужчин (лета—25, 61, 62 и 63) и одной женщины—47 лет, 4 белоруса, 1—еврей.

Утвердили—2, отменили—2, вынесли свое решение—1.

ВКК назначила: 2-м лицам—3-ю группу, 2-м лицам—4-ю группу и 1 послала в ЦБ. ЦБ вместо 4-й группы 1 дало—3-ю группу, 1—вместо 3-й дало 2-ю.

Оршанская ВКК.

3 мужчин (32, 35, 60 лет) и 1 женщина (52 года) подали жалобы. Из них 3 белоруса, 1 еврей. ВКК назначила: 2-ю, 4-ю и 6-ю группы и 1 признала потерявшим трудоспособность на 60 проц. Предложено всех переосвидетельствовать.

Полоцкая ВКК.

Жалобу подали 3 инвалида войны 34, 50 и 60 лет. 2 из них белоруса, 1 великорусс. Всем ВКК дала 4-ю группу. ЦБ 2 решения утвердило, 1 отменило, дав вместо 4-й группы 3-ю.

Калининская ВКК.

Жалобу подала 1 женщина, белоруска—50 лет, пенсионерка, которую ВКК признала способною к труду. ЦБ предложило переосвидетельствовать. Переосвидетельствовав, Калининская ВКК сама назначила 2-ю группу, что ЦБ и утвердило.

Центральное Бюро.

Был направлен прямо в ЦБ один врач 33 лет, белорусс, для установления трудоспособности. Сначала был дан отпуск для лечения, а потом назначена 1-я группа (психическое заболевание).

Приведем вкратце некоторые дела с выписками из актов ВКК и БВЭ.

№ 357: железнодорожник, телеграфист. Суб'ективные жалобы: понижение зрения и слуха правого уха, *тремор**) рук, затруднение при ходьбе и разговоре. Анамнез: после тифа в 19-м году все указанные в суб'ективных жалобах явления с каждым годом ухудшаются. Об'ективно: питание понижено, костно-мышечная система—норма, внутренние органы: органы кровообращения: норма, дыхание—норма.

Нервная система: сильный тремор обоих рук. Зрение: жалуется на ослабление зрения.

Слух: из правого уха *текло**), больной жалуется на понижение слуха правого уха. Диагноз: *„дрожание рук“*.

Группа инвалидности 4-я.

Не проверены жалобы на ослабление зрения, не видно, чтоб было осмотрено ухо („текло“, а есть ли выделение в день освидетельствования?).

Сильный тремор обоих рук в диагнозе указан уже как *„дрожание“* *) ЦБ само освидетельствовало жалобщика, оказался паркинсонизм (после эпидемического энцефалита).

Дело № 365. 43-лет, плотник по профессии. Диагноз: здоров. Заключение *„к труду способен“*. При осмотре: травматический плексит правого плечевого сплетения с парезом правой верхней конечности.

№ 372. Старик, плотник, 71 года, ему дают 3-ю группу, найдя, кроме старческой дряхлости, миокардит с *расстройством компенсации*, артериосклероз, эмфизему легких и проч.

№ 375. Мужчина—служащий—55 лет. В об'ективных данных *„паралич правой половины тела“*. В диагнозе: паралич, миокардит, левая паховая грыжа. Группа 2-я с переосвидетельствованием через *2 года**). Группа утверждена заочно, без попытки выяснить, нет ли состояния беспомощности и не требуется ли уход за паралитиком. Почему назначается инвалидность сразу на 2 года?

№ 373. Мужчина—29 лет. Диагноз: атрофия правой руки, отсутствие 2-х первых пальцев и недеятельность остальных на той же руке. Хронический катарр кишек и желудка. Малокровие. Дана 4-я группа, т. е. признан способным к регулярному труду. А правой то рукой он работать не может.

№ 354. Мужчина—36 лет. Жалуется на боль в правой *стопе*. Об'ективно: кожные втянутые рубцы незначительные *на колене* правом и на правой *стопе*. В легких: явления разлитого бронхита. Диагноз: отсутствие конечной фаланги *среднего пальца правой руки**).

№ 360. Инвалид—43-х лет. Об'ективно: функциональное расстройство сердечной деятельности. Хронический бронхит. Диагноз: хронический бронхит. Функциональное расстройство сердечной деятельности. *Опухоль в области правой лопатки**).

№ 388. Женщина—44-х лет. Миокардит с явлениями *декомпенсации* *). Группа 4-ая, т. е. может регулярно работать, хотя во время декомпенсации показуется покой.

№ 357. Мужчина—58 лет. Об'ективно: учащенное сердцебиение Диагноз: миокардит.

№ 329. Сапожник. Дефект *третьей**) фаланги 1-го пальца правой руки при неподвижности пальца.

---

*) Курсив наш.

№ 259. Завхоз больницы. Женщина 57 лет. Об'ективно: шум систолический у верхушки, усиление второго тона на левой артерии, пульс очень твердый, в легких: крепетирующие хрипы, мочеиспускание *болезненно*. Диагноз: артериосклероз.

№ 288. Уборщица—39 лет. Диагноз: малокровие, варикозное расширение вен, резко выраженное. Группа 4-ая. При осмотре в ЦБ кроме varices найдена *„киста яичника с голову взрослого"*.

№ 243. Женщина—26 лет, футлярщица махорочной фабрики. Отслойка сетчатки правого глаза, близорукость в сильной степени. 3-я группа. Предложили переосвидетельствовать: задняя стафилома обоих глаз, отслойка сетчатки, 1/100 доля зрения.

№ 239. Кухонный рабочий—26 лет. В акте в данные об'ективного исследования всюду указана норма, а в диагнозе—травматический невроз.

Актов, где об'ективно—норма, а болезни выплывают только в диагнозе—много.

№ 214. Женщина—43-х лет, чернорабочая. Диагноз: фиброзный катарр правой верхушки. Группа инвалидности 4-я. При переосвидетельствовании *через две недели*, нашли ее в тяжелом состоянии. (Нв—29 проц., красных кровяных шариков 2.980.000; белых—6000, нейтр. сегментир. 47, палочко-образн. 7, лимф. средн. и малых—36, эозин—4, резко выраженный пойкилоцитоз, значительные олигохромозия и полихромозия, значительн. количество микро и макроцитов, знач. анизоцитоз).

№ 176. Мужчина—59 лет, делопроизводитель. При освидетельствовании 11/X-1924 г. найдено: глухие тоны сердца, перебои, артерии жестки, печень увеличена. Диагноз: миокардит, артериосклероз, увеличение печени, цистит, геморрой. Группа 2-ая. В сентябре 1925 года (через год): тоны сердца *чисты и ясны* *), движения в суставах ног несколько затруднены, в коленных суставах слышен хруст. А в феврале 1926 г.: глуховатые тоны сердца, Р—60, артерии жестки, нижний край печени выступает из-под края ребер незначительно. Урина: удельный вес 1025, мутная, много слизи., лейкоцитов. Диагноз: опущение внутренностей, миокардит, артериосклероз, цистит, ослабление зрения. Группа 3-ья.

№ 319. Слесарь—26 лет. Об'ективно: неправильная деятельность сердца, вследствие *нервной возбудимости*. При *каждом* испражнении выходит кишка. Нервная система: резких уклонений не отмечается. Предложили переосвидетельствовать:

Сердце: границы—норма. Систолический шум, акцент 2-го pulmonal. тона. Р—118, твердый, хорошего наполнения. Красный дермаграфизм. Выпадение всех слоев прямой кишки (легкое).

№ 316. Мужчина—63 лет, инвалид. Об'ективно: *дряхлый вид*, кожа дряблая. Глухие тоны сердца, не резкий артериосклероз, во рту пять зубов, язык обложен, *боли под ложечкой*, неправильный стул. Диагноз: хронический катарр желудка при *удовлетворительном* питании.

№ 301. Мужчина—53 лет, железнодорожный служащий. Справка больницы от 10-го мая 1926 г., что лечился от катарра желудка, неврастении, артериосклероза и головной боли. Справка от 19-го июня 1926 г. другого лечебного учреждения, что лечился по поводу артериосклероза. Дана 4-я гр. Положили в стационар. Установили, что у него болезнь Деркума при изменении гипофиза.

Женщина—50 лет. Об'ективно: резко пониженное питание, костно-мышечная система развита слабо, дыхание—хронический бронхит.

*) Всюду курсив наш.

Недержание мочи. Диагноз—резкий упадок питания, хронический бронхит, *бледно-слизистые оболочки.* Группа инвалидности 4-ая дана 11/XII-25 г., утверждено БВЭ 12/I-26 г. Поступила жалоба в ЦБ. Предложили вновь освидетельствовать. При переосвидетельствовании нашли заболевания, по которым сама ВКК повысила группу инвалидности.

№ 245. Мужчина—36 лет. В области плечевого сустава втянутый, приросший к подлежащей кости рубец и рубец на задней поверхности плечевого сустава. Дефект в области верхней плечевой кости справа. Ограничение подвижности верхней конечности в области плечевого сустава и атрофия мышц правой верхней конечности. Группа 4-ая.

Можно привести еще целый ряд выписок, столь же характерных, но ограничимся и этими. Надлежит лишь сказать, что акты на местах заполняются плохо. Обычно в графе „об'ективные данные" таковых не пишется, а прямо ставятся диагнозы. Отсутствие об'ективных данных, а часто даже и указаний, сколько лет свидетельствуемому, не дает возможности судить о правильности или неправильности решения. Приходится предлагать вновь переосвидетельствовать.

Практика показывает, что в округах не только больные, а и Окздравы смешивают Центральное Бюро и Минское Бюро.

Из указанных выше выписок из дел видно, как слабо об'ективно обосновывается назначение той или иной группы инвалидности, как неполно и поверхностно осматривается инвалид.

Центр. Бюро, осторожно подходя к своим решениям, исходит из научно-об'ективного изучения. Все жалобщики по Минску были переосвидетельствованы ЦБ, у них произведены нужные лабораторные исследования, сделана рентгеноскопия, часть инвалидов изучалась стационарно. Из округов часть приезжала сама, часть была вызвана ЦБ. Вызывались и те, которые вторично по поручению ЦБ были переосвидетельствованы на местах. Только в случаях ясных, ЦБ находило возможным выносить заочное решение и то, проверив заключение ВКК вторым переосвидетельствованием на месте и зная из опыта, в каких случаях и какой ВКК можно верить после переосвидетельствования.

Выводы.

1. Из прошедших через ЦБВЭ дел видно, что часто инвалиды осматриваются местными органами контроля и экспертизы недостаточно полно, вследствие чего определение групп инвалидности в этих случаях мало обосновано.

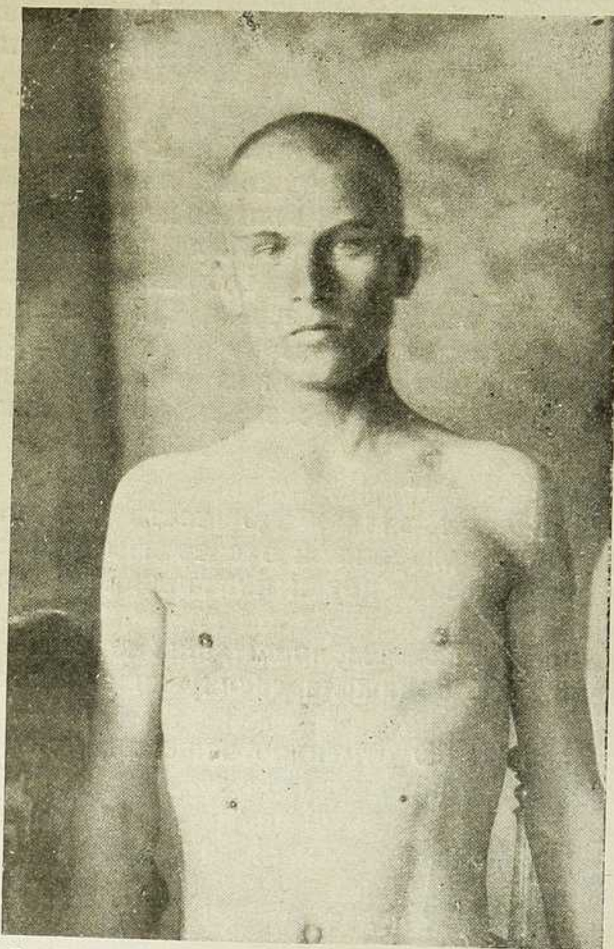
2. Районные БВЭ в большинстве случаев, прошедших через ЦБВЭ, при утверждении постановлений ВКК понижали группу инвалидности, установленную последними.

3. Почти в половине случаев ЦБВЭ отменило решения, при чем в 68 случаях из 75 оно повысило группу инвалидности.

К вопросу о частоте полителии среди населения Могилевщины.

Н. Ш. Полесицкий *(Могилев)*.

Увеличенное количество грудных желез или сосков у человека известно со времени глубокой древности. Египтяне изображали Изиду с 12-ю грудями, как символ плодовитости, при чем соски у нее изображались только на 3-х верхних грудях. Мать римского императора С. Севера называли, вследствие обилия у нее грудей, Julia Mammea; Знаменитая красавица Anna Bolejn имела 3 грудных железы. (Цитировано по Генрици: „Русский Врач“ 1897 № 10).



Слева добавочный сосок обычного типа. Справа добавочный сосок без Монгомеровых желез.

Число добавочных грудей или сосков бывает различно, при этом увеличение количества грудей носит название полимастии, а увеличение количества одних только сосков называется полителией. Negebauer описал случай, в котором у молодой женщины было 8 лишних сосков, Варнек 7 сосков, Скутул, Штефко и другие видели по 5 добавочных желез, resp сосков. Наибольшее количество добавочных сосков, которые нам пришлось видеть в 2-х случаях, было 4. Во всех наших случаях мы видели только добавочный сосок, —долек грудной железы не прощупывалось ни разу. Наблюдения свои мы начали осенью 1924 г. на амбулаторном материале после того, как нам в 1 день пришлось видеть сразу 2 случая добавочного соска. Всего за 2 года мы наблюдали 24 случая полителии, в том числе 20 раз у мужчин и 4 раза у женщин.

Наследственная передача этой аномалии, отмеченная многими авторами, наблюдалась и нами в 2 х случаях: у учителя Л. имелся один добавочный сосок, а у его сына 2 (с обеих сторон); в семье Г.

добавочный сосок имелся у него самого, у его сестры и у матери, у всех с левой стороны.

В преобладающем большинстве случаев (17) добавочный сосок находился слева, всегда ниже и несколько внутри от нормального. В 15 случаях нашими пациентами были евреи и в 9 белоруссы, вероятно, потому, что в составе больных нашей амбулатории вообще на $^{3}/_{4}$ преобладали евреи.

Морфологически добавочный сосок отличается от основного обычно несколько меньшей величиной. Иногда добавочный сосок не только меньше по размеру, но и недоразвит. Многомеровы железы едва заметны или макроскопически вовсе не видны, а пигментный кружек—oreola mammae—теряет свою резкую очерченность; однако, во всех собранных нами случаях, в центрах пигментного кружка имелся хорошо выраженный самый сосок—papilla mammae, что и служило самым характерным отличием от обыкновенного пигментного пятна (Naevi pigmentosi).

В одном случае имелось гинекомастия и добавочный сосок с той же стороны.

Как уже упомянуто, добавочный сосок всегда был расположен под нормальным и ближе к средней линии, если имелась третья пара добавочных сосков, то она располагалась еще ближе кнутри, чем вторая. Такое расположение добавочных сосков об'ясняется, повидимому, эмбриологическим развитием этого органа. Исследования Schmidt'a (Цитировано по Штефко: „Материалы к морфологии и физиологии млечного аппарата у человека". Вестник Эндокринологии 1925 г. № 1) показали, что грудные железы развиваются у зародыша из зачатков заложенных в т. наз. млечной линии, идущей от подмышечной ямки к паху; наибольшее число таких зачатков, виденное Шмидтом у человеческого зародыша, было 14, наименьшее—8. В дальнейшем большинство зачатков подвергается обратному развитию и к концу утробнаго периода, как правило, остаются лишь 2 грудных железы или 2 соска; если же их остается больше, то они сохраняют свое расположение по зародышевой млечной линии, т. е. книзу и кнутри от основных.

По вопросу о частоте описываемой аномалии существуют разнообразные мнения. В иностранной литературе Лихтенштерн в 1878 г. мог собрать всего 105 случаев. После того, однако, Барделебеном и его учениками, а также и другими учеными производились в Германии систематические наблюдения, которые выявили удивительную частоту этой аномалии в некоторых местностях: так, в Баденском округе полителия встречается у каждого из 19 мужчин, а в Пфальце она обнаружена у 23 проц. осмотренных молодых людей. Повидимому, частота этой аномалии различна в различных странах и у разных народов. И в России одни исследователи видели ее часто, другие редко. Штефко, например, склоняется к тому мнению, что среди коренных жителей России полителия является большой редкостью.

Боголюбов („Болезни грудных желез") и Тихов держатся другого мнения. В доступной нам литературе по этому вопросу мы нашли работу Земблинова, который в 1908 г. доложил в Калуге о 14 случаях полителии (Прот. Калужского Об-ва врачей). Наши собственные наблюдения говорят за то, что среди населения Могилевщины полителия встречается далеко не редко. Является ли Могилевщина таким же исключением в Белоруссии, как Пфальц в Германии, могут показать только дальнейшие наблюдения, произведенные в других местах Белоруссии.

Обширная литература вопроса приведена у цитированных выше авторов, главным образом у Штефко и Боголюбова.

Теоретическая и экспериментальная медицина.

К вопросу о биологическом контроле оспенного детрита по Groth'у и Gins'у в сравнении с клинической проверкой *).

(Из оспенного отделения Института „Robert Koch" в Берлине. Завед. отдел. проф. Н. А. Gins и Белорусского Государств. Санит. Бактериологического Института (Минск) Директор, проф. Б. Я. Эльберт).

Проф. Б. Я. Эльберт и д-р С. И. Гельберг.

Вопросы штандартизации оспенной вакцины за последние годы, благодаря весьма ценным работам Groth'a и Gins'a, поставлены в порядок дня. На предпоследнем совещании по оспе в Германии в Дармштадте (сентябрь 1925 г.) этому вопросу было уделено большое внимание. Проф. Gildemeister **) указал на преимущества и недостатки клинического метода проверки оспенной вакцины. Далее, подвергнув критической оценке различные методы биологического контроля, докладчик подробно остановился на методах Groth'a и Gins'a и на своих опытах, совместно с проф. Gins'ом, по вопросу о сравнении обоих способов. В своих выводах проф. Gildemeister отмечает, что как способ Groth'a, так и способ Gins'a вполне пригодны для определения вирулентности оспенной лимфы, и что, пользуясь ими, не трудно будет установить границу минимальной вирулентности, но весьма трудно установить допустимый предел максимальной вирулентности вакцины. Ввиду того, что в вопросах штандартизации оспенной вакцины необходима осторожность, он предложил прежде чем ввести один из этих способов или оба в практику, еще раз подвергнуть их проверке в Оспенных институтах.

Gins горячо рекомендует свой способ и обращает внимание с'езда на весьма простую технику его. Способ его сводится к тому, что в скарифицированную роговицу морской свинки втирается детрит в разведении 1:5000 и 1:500 (исходя из сырого соскоба). Результат регистрируется через 3 суток, при чем степень реакции отмечается следующим образом: +++ фарфорово-белая роговица, радужка не просвечивает, ++ мутная роговица с едва просвечивающей через нее радужкой, + помутнение роговицы участками, а не диффузное. Детрит, дающий пониженную реакцию при прививке на детях, оказывается безрезультатным при прививке на роговицу в разведении 1 : 5.000; вполне вирулентный детрит всегда вызывает у морской свинки ясно видимый кератит в разведении 1 : 5.000. Gins считает, что хотя его способ по точности уступает способу Groth'a, но обладает вполне достаточной практической ценностью.

---

*) Доложено Х-му Всесоюзному С'езду Бактериологов, Эпидемиологов и Сан. Врачей имени И. И. Мечникова в г. Одессе (сентябрь 1926 г.).

**) Gildemeister. „Ist eine Auswertung der Pockenlumphe im. Tierversuch möglich und praktisch durchführbar? Centralbl. f. d. ges. Нуд. 12, H. 15-16 1926.

Groth подтверждает практическую ценность способа Gins'а и поддерживает предложение Gildemeister'а о необходимости еще в течение года подвергнуть изучению оба способа, чтобы добиться исчерпывающих результатов.

Исходя из этих соображений, мы охотно согласились по предложению проф. Gins'а, сделанного одному из нас (Э.) во время его пребывания в Институте „Robert Koch" в Берлине, где имел возможность детально ознакомиться с методикой и техникой контроля оспенной вакцины, заняться вопросом сравнительного изучения способов Groth'а и Gins'а на материале оспенного отделения Белорусского Сан.-Бактер. Института. Необходимо к тому же отметить, что в нашем Союзе оспенные прививки продолжают носить сезонный (весенний и отчасти осенний) характер. К этому сроку обычно подлежат распределению значительные количества оспенной вакцины. Приходится подвергнуть проверке в течение короткого срока свыше десятка серий оспенной вакцины, что требует наличия большого количества первопрививаемых, и это—в такое время (март, апрель месяцы), когда в воспитательных домах для грудных детей не особенно охотно подвергают детей прививке. Между тем результат клинического контроля на небольшом материале недостаточно убедителен. *Отсюда ясно, что в наших условиях потребность в достаточно надежном способе биологического контроля является вполне назревшей.*

Немаловажное значение имеет вопрос относительно возможности проведения в наших условиях методов Groth'а и Gins'а, а также достаточной об'ективности в оценке результатов. В обзоре Wasilewsk'ого и Winkler'а *) мы находим следующее: „Недостаток Гротовского внутрикожного способа заключается в трудности иметь соответствующих кроликов в достаточном количестве, а также в его дороговизне". Однако, мы думаем, что в тех случаях, когда оспенные отделения находятся по преимуществу при бактериологических институтах, обычно обладающих собственными питомниками для мелких лабораторных животных—этот вопрос особых затруднений не встречает.

Что касается самой техники прививки, то, как при способе Groth'а, так и при способе Gins'а, она достаточно проста, и проведение ее в условиях лабораторной работы не представляет никаких затруднений. *В особенности простотой и легкостью подкупает способ Gins'а, где все сводится лишь к уменью фиксировать глазное яблоко морской свинки.*

Касательно оценки полученных результатов, мы, на практике одного года, могли убедиться, что разработанный Groth'ом для своего метода способ оценки определением „Bewertungsindex" (оценочный индекс) и „Breitenindex" (индекс поперечников) соединяет в себе преимущества суб'ективной и об'ективной оценки. Оценка результатов при способе Gins'а совершенно не представляет никаких затруднений и почти лишена суб'ективизма. Дозировка материала при внутрикожном методе по Groth'у является наиболее идеальной; в этом отношении метод Gins'а уступает методу Groth'а.

Весьма интересным является вопрос о резкости колебаний результатов у животных при одновременной прививке одного и того же материала в одинаковых разведениях кроликам (по Groth'у) и морским свинкам (по Gins'у).

---

*) Wasielewsky и Winkler. Das Pockenvirus. Ergebnisse d. Hygiene, Bacteriol. Immunitätsforsch. u. exp. Therapie 1925 (Kapitel. Die Virulenzprüfung des Impfstoffes").

При положительном ответе на этот вопрос в смысле резких колебаний результатов могла бы быть опорочена практическая ценность обоих способов. Мы обычно прививали все серии нашей лимфы на 2-х кроликах, а некоторые—на 3-х и 4-х, пользуясь по возможности, как советует Groth, взрослыми кроликами-альбиносами, хорошо упитанными, *и не заметили резкой разницы и колебания результатов.* Приведем результаты опытов с сериями № № 13, 14, 15, 16 и 27 на следующих таблицах № 1 и № 2.

Таблица № 1.

Серия № 14, привита 12/III—26 г. на 3-х кроликах. Результаты через $3^1/_2$ суток.

Разведения	Кролик № 14			Кролик № 15			Кролик № 16			Обозначение.
	Оценоч. индекс	Индекс попереч.		Оценоч. индекс	Индекс попереч.		Оценоч. индекс	Индекс попереч.		
1:10	8	25	П. Н.	8	24	П. Н.	7	22	П. Н.	П. Н.—Пустула с некрозом
1:100	6	15	П. Н.	6	15	П. Н.	4	14	П. Н.	П.—Пустула
1:1.000	5	12	П. Н.	3	12	П. Н.	3	10	П.	Пап.—Папула
1:10.000	4	10	П. Н.	2	8	П.	3	8	П	
1:100.000	2	6	П.	2	6	Пап.	2	5	П.	
	25	68		21	65		19	59		

(5 серий).

Таблица № 2.

Кролики.	I	II	III	IV
Сер. № 13 привита на 4-х кроликах.				
Оценочный индекс . .	21	22	19	24
Индекс поперечника .	69	71	60	70
Сер. № 14 привита на 3-х кроликах.				
Оценочный индекс . .	25	21	19	
Индекс поперечник . .	68	65	59	
Сер. № 15 привита на 4-х кроликах.				
Оценочный индекс . .	23	25	28	28
Индекс поперечник . .	71	78	80	81
Сер. № 16 привита на 3-х кроликах.				
Оценочный индекс . .	23	27	25	
Индекс поперечник . .	70	88	71	
Сер. № 17 привита на 3-х кроликах.				
Оценочный индекс . .	26	25	28	
Индекс поперечник . .	80	71	79	

Из таблицы № 2 ясно видно, что колебания результатов при прививке по Groth'y одной и той же серии на разных кроликах весьма невелики. Из 40 привитых кроликов лишь в 2-х случаях получился отрицательный результат, причем при дальнейшей проверке, лимфа оказалась вполне вирулентной (см. ниже табл. 3).

То же постоянство результатов мы имели и в методе Гинза. В опытах по Gins'y, на материале 14 серий, во всех случаях одновременной прививки на 2-х свинках, ни разу не отмечено колебания результатов. Лимфа, взятая в определенных разведениях и втертая в скарифицированную роговицу различных морских свинок не давала значительных колебаний реакции.

Таким образом, на основании наших наблюдений можно считать, что те небольшие колебания, которые имеют место при прививке на животных (кроликах и морских свинках), не могут считаться настолько значительными, чтобы хотя бы в небольшой степени нарушить ценность указанных способов Groth'a и Gins'a. Можно вполне присоединиться к мнению Groth'a: „Нет такой реакции, которая бы протекала совершенно одинаково у животных. Мы имеем то же самое у человека. Нельзя ввиду этого отбросить метод“.

Далее подлежал изучению вопрос о сравнительной оценке способов Groth'a и Gins'a, для чего все серии нашей лимфы одновременно прививались обоими способами. Среди этих серий были со слабой, затем с пониженной и высокой вирулентностью. Результаты этих сравнительных наблюдений представлены на таблице № 3.

Таблица № 3.

№№ серий	Вирулентность вакцины	По Groth'y		По Gins'y	
		Оценочн. индекс	Индекс поперечн.	1:500	1:5.000
251	Слабая	6	19	+	—
12	Пониженная	8	26	+	—
25	„	9	31	+ +	—
13, 14, 19	Вполне вирул.	>12	>40	+ +	+ + или +
16, 17, 18	„	>12	>40	+ + +	+ +
15, 20, 21	„	>12	>40	+ + +	+ + +
22, 23	„	>12	>40	+ + +	+ +

Таким образом в наших опытах можно было отметить, что серии с оценочным индексом >12 и индексом поперечников >40, т. е. по Groth'y вполне активные, давали по Gins'y в разведении 1:5.000 положительный результат. В 3-х случаях, когда Bew.-Index (оценочный индекс) <12 и индекс поперечников <40, были получены аналогичные результаты по Gins'y: разв. 1:5000 дало отрицательный результат.

Интересно отметить, что у двух кроликов, привитых одной серией по Groth'y, отсутствовала всякая реакция на прививку, в то время как та же серия детрита по Gins'y дала результат: 1:5000= + +, указывающий на полную активность ее. Повторное исследование на других кроликах показало полное совпадение результатов: серия оказалась вполне вирулентной.

Надо указать, что кролики, на которых испытывалась вирулентность детрита по Groth'y, до того в опыте не были, и только отмеченные выше оба кролика, давших отрицательную реакцию по Гроту, случайно оказались ранее привитыми, сильно разведенным virus fixe бешенства.

Этот случай несовпадения результатов приводит нас к мысли, что было бы весьма рациональным проводить постоянно контроль обоими способами параллельно, дабы избегнуть могущих иметь место индивидуальных колебаний результатов у животных. Это не потребует особого приготовления разведений и нисколько не осложнит работу, зато даст возможность быть осторожными в выводах, в случаях несовпадения результатов повторить или же, для решения вопроса, прибегнуть к клиническому методу оценки вирулентности детрита.

Кроме сравнительной оценки обоих способов необходимо сопоставить полученные результаты с результатами клинического контроля, преимущества которого общеизвестны. Для этого мы совместно с биологическим контролем по Groth'y и Gins'y ставили также контроль на 8—12 детях первопрививаемых, придерживаясь для оценки результатов прививки схемы оценки по Groth'y. Контроль результатов производился на 8-й день, количество надрезов—3.

Приведем результаты некоторых серий (см. табл. 4, 5, 6, 7).

Таблица № 4.

Сер. № 18. Биологический контроль:

По Groth'y: Оценочн. индекс 26-28. Индекс поперечн. 71-80. *По Gins'y:* 1:500 (+ + +) 1:5.000 (+ +)

Клинический контроль: 18/V привито 12 детей.

26/V результаты:

Ребенок	Возраст	Оценка по Groth'y	Поперечник пустул в mm.	
1. Э.	3 м.	$\frac{3+3+3}{3+3+3}$	10 mm.	
2. Эл.	8 м.	$\frac{3+3+3}{3+3+3}$	9 „	
3. Т.	12 м.	$\frac{3+3+3}{3+3+3}$	10 „	
4. Я. Г.	3 м.	$\frac{3+3+0}{2+2+0}$	6 „	Оценочный индекс
5. Р. С.	11 м.	$\frac{3+3+2}{3+2+2}$	8 „	пустул **2,9**
6 Д. В.	6 м.	$\frac{3+3+3}{3+3+3}$	10 „	
7. Б. Б.	11 м.	$\frac{3+3+3}{3+3+3}$	11 „	Оценочный индекс
8. Т. Ю.	6 м.	$\frac{3+3+3}{3+3+3}$	7 „	area **2,6**
9. К. В.	9 м.	$\frac{3+3+3}{2+2+2}$	8 „	
10. Л. Н.	8 м.	$\frac{3+3+3}{3+3+3}$	8 „	
11. Д. Т.	36 м.	$\frac{3+3+3}{3+3+3}$	9 „	
12. Г. А.	9 м.	$\frac{3+3+3}{2+2+2}$	7 „	

Таблица № 5.

Сер. № 23. Биологический контроль:

По Groth'y: Оценочн. индекс 18. Индекс поперечн. 58. } *По Gins'y.* 1:500 (+ + +) 1:5.000 (+ +)

Клинический контроль: 5-VII привито 10 детей.
13-VII результаты.

Ребенок	Возраст	Оценка по Groth'y	Поперечник пустул в mm.	
1. М. П.	16 м.	$\frac{3+3+3}{3+3+3}$	7 mm.	
2. Ф. З.	9 м.	$\frac{3+3+3}{3+3+3}$	9 „	
3. С. Е.	24 м.	$\frac{3+3+3}{3+3+3}$	8 „	Оценочный индекс пустул **3,0**
4. К. О.	27 м.	$\frac{3+3+3}{3+3+3}$	10 „	
5. М. А.	12 м.	$\frac{3+3+3}{2+2+2}$	7 „	
6. Л. С.	18 м.	$\frac{3+3+3}{2+2+2}$	8 „	Оценочный индекс area **2,33**
7. П. Р.	9 м.	$\frac{3+3+3}{2+2+2}$	10 „	
8. В. В.	24 м.	$\frac{3+3+3}{3+3+3}$	12 „	
9. Ц. Б.	13 м.	$\frac{3+3+3}{2+2+2}$	9 „	
10. Р. М.	24 м.	$\frac{3+3+3}{3+3+3}$	9 „	

Таблица № 6.

Серия № 15. Биологический контроль.

По Groth'у: Оценочный индекс 23—28, Индекс поперечник. 71—81 | По Gins'у: 1:500 (+++), 1:5.000 (+++)

Клинический контроль: 10-V, привито 10 детей
18-V результаты:

Ребенок	Возраст	Оценка по Groth'у	Поперечник пустул в mm.	
1. М.	6 м.	$\frac{3+3+3}{2+2+2}$	8 mm.	
2. В. А.	8 м.	$\frac{3+3+3}{3+3+3}$	9 "	
3. В. П.	5 м.	$\frac{3+3+3}{3+3+3}$	10 "	Оценочный индекс пустул **2,97**
4. Г.	7 м.	$\frac{3+3+3}{2+2+2}$	8 "	
5. К.	4 м	$\frac{3+3+3}{3+3+3}$	10 "	
6. Р. Н.	5 м.	$\frac{3+3+3}{3+3+3}$	6 "	Оценочный индекс area **2,7**
7. Л. Т.	16 м.	$\frac{3+3+3}{3+3+3}$	9 "	
8. Б. И.	7 м.	$\frac{3+3+3}{3+3+3}$	8 "	
9. Б. А.	36 м.	$\frac{3+3+2}{2+2+2}$	7 "	
10. Б. К.	60 м.	$\frac{3+3+3}{3+3+3}$	10 "	

Таблица № 7.

Серия № 13. *Биологический контроль*

По Groth'у: Оценочный индекс 19—22, Индекс поперечника 60—71 | По Gins'у: 1:500 (++), 1:5.000 (+)

Клинический контроль

Оценочный индекс пустул 2,25
Оценочный индекс area 2,1

Серия № 14. *Биологический контроль*

По Groth'у: Оценочный индекс 19—25, Индекс поперечник 59—58 | По Gins'у: 1:500 (++), 1:5.000 (+)

Клинический контроль

Оценочный индекс пустул 2,1
Оценочный индекс area 1,65

Подобные результаты получены во всех сериях, оказавшихся вполне вирулентными по Groth'у и Gins'у. Некоторые из названных серий проверены на ревакцинируемых. Известно, что оценочный индекс ревакцинации по Groth'у не должен быть меньше 6 (для активной вакцины индекс колеблется от 6 до 12; индекс ревакцинации ниже 6, характерен для недостаточно активной вакцины). Для серий: № 18 индекс ревакцинации =6,4; № 23=7,9, т. е, как на первопрививаемых, так и на повторно-привитых—серии оказались вполне вирулентными.

Практически ценным оказался биологический контроль по Groth'у и Gins'у и в отношении слабо вирулентной лимфы, при чем клиническое наблюдение дало соответствующие результаты. Приведем результаты клинического контроля сер. № 12 (см. табл. № 8).

Таблица № 8.

Серия № 12. Биологический контроль

По Groth'у: Оценочный индекс 8 | По Gins'у: 1:500 (+)
Индекс поперечник 26 | 1:5.000 (—)

Клинический контроль: 15-V привито 8 детей
23-V результаты:

Ребенок	Возраст	Оценка по Groth'у	Поперечник пустул в mm.	
1. Х. М.	51 м.	$\frac{3+3+2}{2+2+2}$	7,5 mm.	
2. Г.	8 ,,	$\frac{3+3+3}{3+3+3}$	9 ,,	Оценочный индекс пустул 1,33
3. М	5 ,,	$\frac{3+0+0}{3+0+0}$	3,3 ,,	
4. Л.	11 ,,	$\frac{3+3+0}{2+2+0}$	4,5 ,,	
5. Д.	10 ,,	$\frac{0+0+0}{0+0+0}$	0 ,,	Оценочный индекс area 1,12
6. Г. М	5 ,,	$\frac{3+0+0}{2+0+0}$	4 ,,	
7. С.	$5^{1}/_{2}$,,	$\frac{3+0+0}{3+0+0}$	3,6 ,,	
8. Н. В.	$2^{1}/_{2}$,,	$\frac{0+0+0}{0+0+0}$	0 ,,	

Таким образом, сравнение результатов, полученных при биологическом контроле по Groth'у и Gins'у, с результатами клинического контроля показало в наших наблюдениях полное совпадение.

Все серии детрита (13, 14, 15, 17, 18, 20, 23), оказавшиеся по Groth'у и Gins'у вполне вирулентными, при одновременной проверке на детях также оказались вполне активными. Серии (12, 25), которые по Groth'у и *Gins'у обладали пониженной вирулентностью, при клинической проверке оказались также недостаточно активными.*

Результаты, к которым мы пришли находятся в противоречии с данными Arnold и Kopp'а*). Мы не могли подтвердить на нашем материале пессимистического взгляда указанных авторов в отношении способа Gins'а.

Большой интерес представляет вопрос о предельных нормах вирулентности оспенной вакцины. Этот вопрос возбуждался также на предпоследнем совещании по оспе в Darmstadt'е (1925 г.) проф. Gins'ом, проф. Sobernheim'ом и д-ром Hillenberg'ом**) и, по нашему мнению, является весьма насущным установить границу предельной вирулентности вакцины.

У нас были жалобы на высокую вирулентность серий №№ 15, 16, 18, вызывающих особенно сильную реакцию у привитых. Все указанные серии перед выпуском давали довольно высокие цифры биологического контроля: по Groth'у: оценочный индекс от 23 до 28 индекс поперечников от 70 до 88; по Gins'у еще в разведении 1:500.000 они давали реакцию, оцениваемую (+). Из последних серий, две (№№ 15, 18) в отношении биологической проверки дали следующие данные: на третий день после с'емки получились, как по Groth'у, так и по Gins'у, очень высокие цифры, но на третьей неделе оценочный индекс и индекс поперечников уменьшились на 1/3, как это видно из следующей таблицы.

Таблица № 9,

Серия № 15.

	3 день	3-я неделя
Оценочный индекс. . .	34	23—28
Индекс поперечников . .	125	81—71

Серия № 18.

	3 день	3-я неделя
Оценочный индекс. . .	35	26—28
Индекс поперечников . .	128	81—80

Все остальные серии показывали в первые дни после с'емки лимфы оценочный индекс <28 и индекс поперечников <90. Вакцинация эта сериями на детях дала нормальную картину. Быть может, следовало бы такие серии с высоким оценочным биологическим индексом, в целях ослабления дольше выдерживать, либо же применять в более значительном разведении. К сожалению, мы не имеем еще достаточных данных, чтобы на основании биологического контроля каким бы то ни было способом, установить предел максимальной вирулентности лимфы. Быть может в этом отношении прав Sobernheim, говоря: „я сомневаюсь, чтобы определение вирулентности и установление слишком сильной вакцины опытами на животных будет соответствовать результатам на людях".

Разрешение вопроса об установлении максимальной вирулентности детрита и точных методах ее контроля—является делом, требующим особого внимания.

Сообщим в кратких чертах технику способов Groth'а и Gins'а. Для контроля по Groth'у применяются кролики-альбиносы в $1\frac{1}{2}$—2 kilo весом, в возрасте не ниже 8 месяц.

Поверхность кожи или чисто выбривается или эпилируется при помощи пасты из сернистого кальция, которая наносится толстым слоем на гладко остриженную поверхность кожи кролика на 5 минут, после чего она смывается теплой водой.

---

*) Arnold u Kopp. Ueber Wertbestimmung der Schutzpockenlymphe Detsch. med Wochenschr. 1926. № 26. S. 1079.

**) Centralbl. f. d. ges. Hygiene 12. H 15-16. 1926.

Когда проходят поверхностные раздражения кожи кролик., готов. к прививке. Готовится разведения вакцины в физиологическом растворе 1 : 10, 1 : 100, 1 : 1000, 1 : 10000, 1 : 100000, при чем разведенная лимфа фильтруется через бумажный фильтр, для задержки грубых частиц. Вводится при помощи шприца с хорошо пригнанной иглой строго внутрикожно 0,1 кб. см. каждого разведения на расстоянии не менее 2 см., при этом обычно образуется волдырь, диаметром в 10 мм., который постепенно рассасывается. Через 3-3½ суток реакция достигает наивысшей степени. Реакция и инфильтрат на месте прививки постепенно увеличиваются,—в центре инфильтрат желтеет, капилляры лопаются и наступает некроз. Сила полученной реакции обозначается: 1) по внешному осмотру и 2) путем измерения поперечника каждого инфильтрата. Первая оценка обозначается:

(9) +++ хорошая реакция	между ними промежуточн. обозначения
	++± (8)
(6) ++ средняя „	++∓ (7)
	+± (5)
	+∓ (4)
(3) + р. ниже сред. рекц.	± (2)
	∓ (1)

Окончательный результат получается из сложения всех чисел, получаемых при оценке результатов каждого из 5-ти уколов. Сумма носит название Bewertungsindex der Infiltration—„оценочный индекс инфильтраций“. Сумма всех поперечников, выраженная в миллиметрах представляет Breitenindex der vaccinalen Infiltration—„показатель поперечников инфильтраций“.

По Groth'у вакцина с Bewertungsindex ниже 12 и Breitenindex ниже 40 следует считать слабой; Bewertungsindex от 12 до 18. Breitenindex от 40 до 50—средней силы; Bewertungsindex выше 18 и Breitenindex выше 50—вполне активной.

———

Техника способа Gins'а такова. Вакцина прививается на роговицу морской свинки (исходя из сырого соскоба) в разведении $^1/_{500}$ и $^1/_{5000}$. Роговица предварительно кокаинизируется, затем по ее поверхности проводятся препаровальной иглой тонкие и неглубокие надрезы, (обычно 4 параллельных надреза). Затем соответствующее разведение вируса в количестве 0.1 (2 капли) накапывается на роговицу. Результаты отсчитываются через трое суток (см стр. выше). Обычно к концу первых суток наблюдается слабое помутнение по краям надрезов, которые уже к концу вторых суток распространяются на всю поверхность роговицы. Детрит считается вполне активным, при титре не ниже 1 : 5000.

Определение вирулентности вакцины по Groth'у на детях проводится следующим образом. Прежде всего он определяет сколько привитых из сотни дали положительный результат и сколько надрезов из сотни оказались положительными. Кроме этого количественного определения, проводится также качественная оценка. По Groth'у высокая хорошо развитая пустула обозначается цифрой—3, среднее развитие—2 и, наконец, слабо развитая с неровными краями—1. Area определяется по величине и окраске, при чем небольшой розовый ободок обозначается—1, большое красное поле, окружающее каждую пустулу в отдельности, обозначается—2 и, наконец, сильно окрашенный, плотный сливщийся инфильтрат обозначается—3. Результаты для каждого случая протоколируются через 8 суток и представляют из себя дробь, где в числителе расположена оценка пустул, а в знаменателе оценка area.

$$\text{Напр. } \frac{3+3+3+3\ —}{2+2+2+2\ —}\ \frac{\text{оценка пустул}}{\text{оценка area}}\ \text{(4 надреза)}$$

Для того, чтобы делать выводы, Groth советует привить не менее чем 10 детям по 4 надреза.

Сумма всех слагаемых числителя делится на число надрезов, получается Pustelbewertungsindex; то же и знаменателя—получается Areabewertungsindex. Полученные оценочные индексы пустулы и area—2 указывают на вполне удовлетворительное качество; чем оценочный индекс ниже 2-х, тем вакцина слабее; оценочный индекс ниже 1½ указывает на недостаточную активность вакцины. Дополнительно Groth определяет ширину пустул и выражает ее в миллиметрах, при чем он считает, что средняя величина пустулы меньше 4-5 указывает на недостаточную силу вакцины.

В тех случаях, когда не имеется достаточного количества первопрививаемых, то для контроля можно пользоваться ревакцинируемыми. Оценка производится через 7 суток, причем хорошо развитая пустула обозначается—3, везикула—2, папула—1; сумма результатов делится на число прививаемых и полученное число носит название „Revaccinationsindex“.

Последний при принятом в Германии способе нанесения 4-х надрезов колеблется от 0 до 12. По Groth'y Revaccinationsindex ниже 6 указывает на слабую вакцину. Испытание ввиду больших колебаний реакции у ревакцинируемых должно проводиться на большом материале (50 детей).

Выводы:

1. Техника методов Groth'a и Gins'a не представляет особых затруднений.

2. Колебания результатов реакции при применении одной и той же серии на кроликах (по Groth'y) и морских свинках (по Gins'y) не настолько значительны, чтобы помешать об'ективному подходу к оценке пригодности этих методов.

3. Сравнительная оценка результатов по методам Groth'a и Gins'a показала их полное совпадение. Установленные обоими способами нормы минимальной активности оспенной вакцины могут вполне служить для оценки последней.

4. Результаты биологического контроля по Groth'y и Gins'y вполне совпадают с данными клинического контроля.

5. *Одновременный контроль способами* Groth'a *и* Gins'a *дает возможность более точно учесть вирулентность лимфы, чем это имеет место при применении только одного из этих способов.*

6. Вопрос относительно максимальной границы вирулентности оспенной вакцины является наиболее актуальным; для решения вопроса может ли он быть разрешен помощью биологического контроля требуются еще дальнейшие наблюдения.

Диагностическое и прогностическое значение картины белой крови при tbc pulmonum.

(Из Фак. Терап. Кл-ки БГУ. Директор, проф. С. М. Мелких),

Б. А. Пратусевич.

Гематология сделала за последнее 50-тилетие значительный сдвиг вперед; за этот период выросло немало научных трудов на основе Эрлиховской классификации, которая оказалась уже недостаточной для современного уровня наших запросов, ибо при ней упускаются данные, характеризующие как регенеративные, так и дегенеративные процессы в крови и гемопоэтическом аппарате. Одновременно с Эрлихом и его ближайшими последователями явились Papenheim, Naegeli, Morawitz, Arneth, Schilling и теперь уже исследование крови представляет один из важнейших отделов диагностики внутренних болезней. Отмечая в этой области три основных направления: 1) физико-химическое, 2) бактериологическое и 3) морфологическое. Проф. Предтетченский говорит, что если физико-химические исследования имеют еще пока больше академический характер, то бактериологическое, а гораздо более еще морфологическое дают клинике весьма ценные в диагностическом отношении данные. Это учение о морфологических изменениях значительно развилось со дня введения новейшей техники окрашивания препаратов и сделало возможной не только диагностику всех собственно болезней крови и кроветворных органов, но также и диагноз некоторых болезней других органов и тканей, поскольку они отражаются на морфологическом составе крови.

Помимо диагностического, данные морфологии имеют и прогностическое значение: так существование или отсутствие лейкоцитоза при некоторых заболеваниях, как pneumonia crouposa, указывают на реакцию со стороны костного мозга и определяют степень его функции, отчего в значительной мере зависит дальнейшее течение и исход болезни. Если мы вначале встречали возражения со стороны Papenhreim'a u Siegler'a, доказывавших, что изменения, возникающие в крови от всяких посторонних причин, настолько значительны, что исследования периферической крови часто вовсе не могут отразить работу центральных органов, особенно мозга, то уже Arneth, изучая морфологическую картину крови путем параллельных исследований мозга и различных клеток крови в патологических случаях и сопоставляя полученные данные, приходит к выводу, что возможен одновременный контроль над белой кровью и гемопоэтическими органами, так как они представляют общую систему органов, связанных между собой и нарушение одного из звеньев непременно отразится на картине крови. Своим учением об обновлении крови в борьбе с вредными влияниями, выражающемся в сдвиге нейтрофилов, он доказал, что сдвиг вообще есть верный показатель существующей патологии от костного мозга до крови. Точка зрения Arneth'a о необходимости при клиническом

исследовании крови обращать внимание на ядро и из его строения делать соответствующие выводы оправдала себя. Но в виду того, что его техника сосчитывания оказалась слишком громоздкой, она не привилась. Значительную услугу гематологии в этом направлении оказал Schilling, который усовершенствовал метод сосчитывания форменных элементов крови и, таким образом, дал возможность использовать картину крови как для дифференциальной диагностики, так и для прогноза. Причина, вызывающая столько разногласий со стороны различных авторитетов, зависит в значительной мере от сложности состава крови: плазма и форменные элементы в коллоидном состоянии (белки, жиры), и вещества в кристаллоидном состоянии (сахар, мочевина и др.) далее целый ряд ферментов, гормонов и защитительных веществ, но все же по мнению проф. Игнатовского морфологический состав крови как в зеркале отражает то, что происходит в кроветворной системе и органах, разрушающих отжившие кровяные элементы, ибо кровь, являясь ареной борьбы организма с инфекцией сохраняет отпечаток этой борьбы, направляя ли свои резервы (более молодую кровь) или вещества, выработанные другими органами. Возможно, что иногда отражение это несколько туманное и извращенное, так как далеко не все элементы костного мозга, селезенки и ретикуло-эндотелиальной системы поступают в кровь, а с другой стороны на элементы крови несомненно оказывает влияние химический состав плазмы, которая со своей стороны отражает многое из того, что происходит в биохимизме человеческого организма. Шиллинг тоже присоединяется к мнению Игнатовского и считает, что хотя дегенерация и регенерация крови зависят от функции гемопоэтических органов и являются симптомом их состояния, но не всегда в достаточной мере их верным отражением, ибо не все новые клетки всегда распределяются равномерно в периферичной крови. В виду того же, что картина крови может меняться от разных причин, Шиллинг рекомендует при оценке крови всегда учесть этот быстро исчезающий физиологический лейкоцитоз при движении, изменении положения тела, пище., влиянии тока на вегетативную нервную систему и в результате неправильного распределения „Verteilungsleukocytose". Однако, употребляемый Schilling'ом биологический подход к толкованию картины крови путем рассмотрения и оценки всех факторов дает возможность составить представление о сущности болезненного процесса. Сущность учения Schillinga, как известно, сводится к следующему: Schilling различает нейтрофильные лейкоциты по конфигурации ядра и делит их на 4 группы (миэлоциты, юные, палочковидные, сегментированные). Далее исходя из установленной им предельной нормы, он рассматривает увеличение молодых форм, как сдвиг влево и при этом сопоставляет всегда изменения в морфологической картине крови с общим количеством лейкоцитов. Исходя из того, что костный мозг является нашим главным защитным органом в борьбе с инфекцией, он считает, что вырабатываемое им количество лейкоцитов выражает силу реакции организма, а содержание определенных групп лейкоцитов есть масштаб характера реакции организма на патологические явления. Путем параллельных наблюдений Schilling установил существование сдвигов 3-х различных типов: 1) регенеративный, где существует параллелизм, т-е с увеличением общего количества лейкоцитов появляется незначительный сдвиг влево — более молодые формы, показатели раздражения костного мозга, сопровождающегося его усиленной работой; 2) регенеративно-дегенеративный, где мы имеем наряду с лейкоцитозом более резко выраженный сдвиг и появление дегенеративных изменений в форменных элементах в зависимости от циркулирующих

к крови токсинов; 3) дегенеративный—палочко-ядерный сдвиг, где при уменьшении общего количества лейкоцитов и нейтрофилов наблюдается все же сдвиг влево, который, по мнению Schilling'а, обусловливается появлением дегенеративных процессов в костном мозгу. В оценке палочковидных нейтрофилов мы встречаем в литературе противоречивые мнения. Так, Крюков и Langemeister видят в увеличении их указания на способ борьбы организма с инфекцией и в уменьшении их видят подавленность миэлогенной системы. Schilling же, как указано выше, смотрит на палочковидные, как на дегенеративные формы и увеличение их по его мнению указывает на подавленность той или иной причиной костного мозга. Изучая по картине крови взаимоотношения между организмом и внедрившимся инфекционным началом, Schilling устанавливает, что при всяком остром инфекционном заболевании после небольшого продромального периода с незначительными неопределенными колебаниями нейтрофилов (профаза) в картине крови можно установить три фазы: I фаза борьбы—это резкая реакция нейтрофилов на внедрившуюся инфекцию, что служит показателем превалирования инфекции; II фаза одоления—или стадия моноцитарной реакции—monozytäre Abwehrphase, — указывающая на приближение победоносного конца в борьбе организма с инфекцией, вследствие ли ослабления вирулентности инфекции или увеличения мощности костного мозга и, наконец, III фаза — лимфоцитарная — Lymphozytäre Heilwhase, являющаяся биологическим концом заканчивающегося выздоровлением инфекционного процесса. Если инфекция очень сильна, то костный мозг в „фазе борьбы" усиленно продуцирует лейкоцитарные элементы и, использовав свои резервы начинает направлять в ток крови самые молодые недозрелые элементы, которые стоят ближе к костному мозгу, чем к периферической крови и посему такое соотношение он называет сдвигом влево. Крюков все же при общей оценке белой крови считает, что имеющиеся данные о возрастных изменениях лейкоцитов не вполне разрешает вопрос диагностики и последнее слово по этому вопросу всегда останется за клиникой.

Для того, чтобы быстрее и проще представить взаимоотношение имеющихся форменных элементов белой крови, главным образом нейтрофилов и лимфоцитов, как дающих наиболее значительные количественные изменения, Кребсом введен так наз. Leukocytenindex. Кребс считает ценным эти соотношения и выражает их дробью, где числителем являются нейтрофилы, а знаменателем—лимфоциты. Отношение $\frac{\text{нейтрофилы}}{\text{лимфоциты}}$ он называет Leukocytenindex'ом, который по его наблюдениям у взрослых$=$2,3 и дает колебания 1,3—3,3. Индекс этот может изменяться независимо от количества лейкоцитов, ибо он является показателем характера реакции, а лейкоцитоз силы ее. Далее Кребс отмечает, что физиологические колебания лейкоцитов идут параллельно индексу; низкий индекс он отмечает при хронически протекающей инфекции, как латентный tbc, а высокий индекс при активном tbc. Фрейфельд при исследовании резецированных ребер у туберкулезных б-ных наблюдала параллелизм между картиной крови и костно-мозговыми изменениями, но все же в некоторых случаях она отмечала, несмотря на наличие инфекционного заболевания, отсутствие костно-мозговой реакции и неизмененную картину форменных элементов, что, по ее мнению, могло зависеть от того, что: 1) либо костный мозг был неинфецирован (инфекция местная—инкапсулированная), либо 2) интоксикация была незначительна, либо 3) не было химического средства между костно-мозговыми элементами и токсинами или 4) только

в не большом количестве тяжелых случаев костно-мозговой реакции нет, вследствие понижения тканевой жизнедеятельности. Но как бы ни были велики достижения морфологии и генеза кровяных форм все же, по мнению Брауде, для клиники они не могут быть достаточными и если основное требование клиники к гематологии—выявление особенностей болезни в гематологическом отношении базируется на описательной морфологии, то чем ближе к клинике морфология, тем больше от нее требуется данных, характеризующих не только status quo патологии, но и движение этой патологии—ее динамику. Клинициста интересует, как отражается патологический процесс на крови, есть ли закономерность взаимоотношений качества процесса и качества крови. Качественное учение о крови—вот в чем самая сущность клинической гематологии.

Михайлов, занимаясь изучением крови при tbc pulmonum, находит, что, несмотря на громадный интерес, представляемый изменениями крови при tbc pulm., наши знания об этих изменениях страдают некоторой неопределенностью, а посему дальнейшее накопление фактического материала и попытки подчеркнуть неясные пункты гематологических изменений при tbc pulm. необходимы.

Целью нашей работы было стремление выяснить взаимоотношение между туберкулезными процессами, имеющимися у наших б-ных и теми изменениями белой крови, которые сопровождают эти болезненные состояния.

Дабы уяснить практическое значение картины белой крови при tbc pulm., мы вели наши наблюдения следующим образом. Оценивалась картина белой крови вновь прибывших больных независимо от клинической картины; больные оставались под клиническим наблюдением и затем оценка крови сопоставлялась с клинической оценкой.

Таким образом устанавливался параллелизм в этих наблюдениях. Всего нами было исследовано 176 человек; при чем у всех кровь бралась при поступлении в клинику и затем повторно несколько раз в течение всего пребывания в клинике. Всего исследовано около 500 мазков крови.

Среди исследованных больных мужчин 60 проц. и женщин 40 проц. По возрасту от (16—20 лет)—17 проц.; от (20—30 лет)—50 проц.; от (30—40 лет) 30 проц., выше 40 лет 3 проц. По продолжительности болезни из них болеющих до 1-го года—30 проц.: 1—3-х лет—38 проц.; выше 3-х лет—32 проц.

Наибольший контингент из изучаемых нами больных составляли туберкулезные б-ные различных стадий в состоянии суб и декомпенсации. По классификации, принятой 2-м с‘ездом, их можно распределить след. образом. T I—10 проц.; T II—53 проц.; T III—37 проц.

Исследования производились одним и тем же лицом, часто с проверкой результатов другими лицами. Кровь бралась у всех натощак в сидячем положении, у всех в одно время дня. Мазки крови окрашивались по Leischmann'y, подсчет велся при иммерзионной системе. При оценке белой крови мы учитывали: 1) количественные и 2) качественные изменения. При количественной оценке крови принималось во внимание: 1) общее количество лейкоцитов в 1 кб. мм., 2) процентное отношение отдельных групп—так наз. лейкоцитарная формула, при чем при ее оценке мы считались с абсолютным количеством отдельных форменных элементов в сопоставлении как с нормальным числом их, так и у одного и того же б-ного при разных состояниях, а лейкоцитарная формула являлась вспомогательным средством при вычислении абсолютного количества отдельных форменных элементов,

Учитывая то, что раздельное изображение абсолютных количеств сегментированных палочков. и т. д. мешает единому представлению о деятельности миэлопоэтической системы, мы, стремясь к цельному представлению, пользовались введенным Кребсом в 1923 году Leukocytenindex'ом, отражающим, как указано выше, отношение общего количества нейтрофилов к лимфоцитам. При качественной оценке крови мы обращали внимание: 1) на изменения в нормальных форменных элементах как со стороны ядра (его величина, сегментация), так и со стороны протоплазмы (ее однородность вакуолизация, включения и другие тонкие внутриклеточные изменения, происходящие в клетке, благодаря изменению ее обмена веществ под влиянием действия токсинов) и затем 2) на появление патологических форм. Изучая колебания различных форменных элементов у туберкулезных больных в зависимости от имеющихся: 1) патолого-анатомических изменений по Турбану, 2) от активности, 3) от длительности процесса мы можем установить следующее:

Таблица I_1 I_2 I_3

Колебания общего количества лейкоцитов у туберкулезных больных								
в зависимости от стадии tbc			от активности tbc процес.			от длительности процесса		
						Больные		
T I	6100		A	9500		до 1 года	8500	
T II	10000		B	12000		1—3 лет	10000	
T III	9000		C	7500		выше 3 л.	8000	

Таблица II_1 II_2 II_3

Колебания количества лимфоцитов у tbc больных								
в зависимости от стадии tbc			от активности tbc			от длительности процесса		
T I	44%		A	35%		до 1 года	31%	
T II	33 „		B	26 „		1—3 лет	27 „	
T III	24 „		C	22 „		выше 3 л.	28 „	

Таблица III_1 III_2 III_3

Колебания количества эозинофилов у tbc больных								
в зависимости от стадии tbc			от активности tbc			от длительности процесса		
T I	3%		A	2,3%		до 1 года	1,5%	
T II	2 „		B	1,5 „		1—3 лет	2 „	
T III	1 „		C	0,5 „		выше 3 л.	3 „	

Таблица IV₁ IV₂ IV₃

Колебания количества моноцитов у tbc больных					
в зависимости от стадии tbc		от активности tbc		от деятельности процесса	
T I	4%	A	4%	до 1 года	4 %
T II	5 „	B	7 „	1—3 лет	5 „
T III	4 „	C	2 „	выше 3 л.	3,5 „

Таблица V₁ V₂ V₃

Колебания общего количества нейтрофилов у tbc б-ных и Leukocytenindex'a																				
в зависимости от стадии tbc							от активности tbc							от длительности процесса						
	Myel. %	Iugend %	Stabk. %	Segm. %	Об. кол. %	Index %		Myel. %	Iugend %	Stabk. %	Segm. %	Об. кол. %	Index %		Myel. %	Iugend %	Stabk. %	Segm. %	Об. кол. %	Index %
T I	—	1	7	36	44	1,5	A	—	2	10	44	56	1,8	до 1 года	0.2	4,2	14	45	63	2,4
T II	—	3	13	32	48	2,6	B	—	6	19	38	63	2,3	1—3 лет	—	3	17	47	67	2.9
T III	0,5	5	15	41	62	3,5	C	1,5	10	17	49	77	3,3	выше 3 л.	0,3	4,5	16	43	63,5	2,5

Таблица колебаний картины белой крови при некоторых наиболее демонстративных случаях tbc pulmonum.

№ случая		Фамилия больного	Общее кол. лейкоцитов	Эозиноф.	Базофилы	Нейтрофилы: Миэлоц.	Юные	Палочки	Сегмен	Лимфоцит.	Моноциты	Leukocyten-index	Время исследования
1	% абс. колич.	P	7200	3% 216	— —	— —	5% 360	13% 936	56% 4032	17% 1224	6% 432	4,35	3/IV 1925г.
Б-ной 22-х лет—служащий, t° при покое нормальна, при движении периодически субфебрильна. T III в-а tbc pulm. sin. exudat. destruct. et apic. dextr. fibr. Самочувствие удовлетворительное.													
1	% абс. колич.	P	6200	— —	— —	— —	9% 558	24% 1488	43% 2776	17% 1054	7% 434	4,5	4/V 1925 г.
St. idem.													
„	% абс. колич.	„	14400	1% 144	-- --	— —	3% 432	6% 864	71% 10224	17% 2448	2% 288	4,7	10/V 1925 г.
St. idem.													

№ случая		Фамилия больного	Общее кол. лейкоцитов	Эозиноф.	Базофилы	Нейтрофилы: Миэлоц.	Юные	Палочки	Сегмен	Лимфоцит.	Моноциты	Leukocyten index	Время исследования
"	% абс. колич.	"	11600	4,7%	—	—	0,7%	7,3%	53%	26%	8%	2,3	25/V 1925 г.
				545	—	—	81,2	846,8	6183	3016	928		

В легком исчезли эксудативн. явления t°—N

2	% абс. колич.	В	6800	—	—	—	4%	15%	43%	31%	7%	2	24/XI 1925 г.
				—	—	—	272	1020	2924	2108	476		

Б-ная 19 лет, крестьянка t° hectica. Частые и обильные haemoptoe tbc pulm. exudat duplex

"	% абс. колич.	"	10400	—	—	—	2%	13%	62%	20%	3%	4	9/XII 1925 г.
				—	—	—	208	1352	6448	2080	312		

Pn. spont. t° hectica exitus

3	% абс. колич.	Л	5600	2%	—	—	—	17%	49%	27%	5%	2,5	11/V 1925 г.
				112	—	—	—	952	2744	1512	280		

Б-ной 40 лет, шкраб, t° 36-37,7 обильное haemoptoe TIIIс-а exudat. et tbc локтевого сустава.

"	% абс. колич.	"	5400	5%	1%	—	—	12%	40%	39%	3%	1,3	31/VI 1925 г.
				270	54	—	—	648	2160	2106	162		

Исчезли эксудат. явления t° N

4	% абс. количес.	С	12400	—	—	—	6%	13%	56%	19%	6%	4	9/III 1925 г.
				—	—	-	744	1612	6944	2356	744		

Б-ной—25 лет—хлебопашец. t° hectica tbc pulm. dextr. product. et pleuritis sicca (фаза борьбы)

"	"	"	11000	—	—	—	2%	4%	40%	48%	6%	1	23/III 1925 г.
				—	—	—	220	440	4400	5280	660		

t° Субфебр. незначит. эксудат. явления.

"	"	"	10000	—	—	—	2%	3%	26%	56%	10%	0,6	26/III 1925 г.
				—	—	—	200	300	2600	5600	1000		

Эксудат. явления исчезли. Состояние вполне удовлетворительно.

№ случая		Фамилия больного	Общее кол. лейкоцитов	Эозиноф.	Базофилы	Нейтрофилы: Миэлоц.	Нейтрофилы: Юные	Нейтрофилы: Палочки	Нейтрофилы: Сегмен.	Лимфоц.	Моноциты	Leukocyten index	Время исследования
5	%	С.	16200	—	—	—	4%	30%	32%	24%	10%	2,75	2/VI 1925 г.
	абс. количес.			—	—	—	648	4860	5184	3888	1620		
•	„	„	11000	3%	—	—	7%	15%	34%	28%	13%	2	23/VIII 1925 г.
				330	—	—	770	1650	3740	3080	1430		

Б-ной студент, 22-х лет. tbc pulm. sin exudat t°—hectica. В виду наличия лейкоцитоза и моноцитоза предположена фаза одоления Abwehrphase через 3 недели установилось субфебр. t°, а затем и t°—N—б-ной уехал в Крым. Там, повидимому в связи с переутомлением в дороге t° повысилась, а посему врачи нашли его неподходящим для лечения—вернули в Минск. Здесь он снова пробыл в кл-ке около месяца, t° все время N, он приступил к учебным занятиям.

№ случая		Фамилия больного	Общее кол. лейкоцитов	Эозиноф.	Базофилы	Нейтрофилы: Миэлоц.	Нейтрофилы: Юные	Нейтрофилы: Палочки	Нейтрофилы: Сегмен.	Лимфоц.	Моноциты	Leukocyten index	Время исследования
6	%	О	20000	1%	—	—	—	6%	71%	21%	1%	3,75	15/V 1925 г.
	абс. колич.			200	—	—	—	1200	14200	4200	200		

Б-ной 19-ти лет, студент, болен месяц, периодич. под'емы t° до 39°. Здесь ввиду резкого лейкоцитоза с нейтрофилезом предположена Pneumonia catar., что подтверждено клинически, t° пала литически, б-ной выздоровел вполне.

№ случая		Фамилия больного	Общее кол. лейкоцитов	Эозиноф.	Базофилы	Нейтрофилы: Миэлоц.	Нейтрофилы: Юные	Нейтрофилы: Палочки	Нейтрофилы: Сегмен.	Лимфоц.	Моноциты	Leukocyten index	Время исследования
7	%	Д	23800	3%	1%	—	3%	16%	27%	40%	—	1,15	16/V 1925 г.
	абс. колич.			714	238	—	714	3808	6426	9520	—		

Б-ной 22-х лет, крестьянин, доставлен в туботделение по поводу сильного легочного кровотечения в течение 5-ти дней. Кашель, боли в левом боку, t°—N, P 60 Pulm. Sin—на всем протяжении перкут. звук с короб. оттенком, звонкие влажные хрипы в значит. колич. Cor—1-ый тон нечист на верхушке; 2-й тонна art. pulm. слегка акцентуирован R. Pirquet отриц. Ввиду наличия резкого лейкоцитоза предположен инфаркт легкого. Наблюдения подтвердили диагноз.

№ случая		Фамилия больного	Общее кол. лейкоцитов	Эозиноф.	Базофилы	Нейтрофилы: Миэлоц.	Нейтрофилы: Юные	Нейтрофилы: Палочки	Нейтрофилы: Сегмен.	Лимфоц.	Моноциты	Leukocyten index	Время исследования
8	%	Б	8200	4%	—	—	1%	16%	41%	30%	8%	2	11/V 1925 г.
	абс. колич.			328	—	—	82	1312	3362	2460	656		

Б-ной 22-х лет, студент, t°—N при покое, при движении же изредка субфебрильна. Tbc pulm Sin product nodos

№ случая		Фамилия больного	Общее кол. лейкоцитов	Эозиноф.	Базофилы	Нейтрофилы: Миэлоц.	Нейтрофилы: Юные	Нейтрофилы: Палочки	Нейтрофилы: Сегмен.	Лимфоц.	Моноциты	Leukocyten index	Время исследования
„	„	„	9600	1%	1%	—	5%	11%	40%	34%	8%	1,6	13/VI 1925 г.
				96	96	—	480	1056	3840	3264	768		

t° 36,6-39 обнаружены явления pleuritis sicca однако, наличие лейкоцитоза и низкого индекса делает прогноз хорошим.

Через 3 недели установилась стойкая t°—N, б-ной выздоровел.

№ случая		Фамилия больного	Общее кол. лейкоцитов	Эозиноф.	Базофилы	Нейтрофилы: Миэлоц.	Нейтрофилы: Юные	Нейтрофилы: Палочки	Нейтрофилы: Сегмен.	Лимфоц.	Моноциты	Leukocyten index	Время исследования
9	%	Н	4800	—	—	—	—	4%	80%	16%	—	5,25	5/V 1926 г.
	абс. колич.			—	—	—	—	192	3840	768	—		

Б-ной 26 лет, служащий; tbc pulm exudat. bilateralis t hectica pyupneumothorax dextr. Здесь отсутствие лейкоцитоза и нейтроф. сдвига при наличии высокого index'а делает прогноз неблагоприятным 24/X exitus.

№ случая		Фамилия больного	Общее кол. лейкоцитов.	Эозиноф.	Базофилы	Нейтрофилы: Миэлоц.	Нейтрофилы: Юные	Нейтрофилы: Палочки	Нейтрофилы: Сегмен.	Лимфоц.	Моноциты	Lenkocyten index	Время исследования
10	% абс.	В	6000	—	—	2%	6%	16%	62%	12%	2%	7,1	8/III 1925 г.
	колич.			—	—	120	360	960	3720	720	120		

Б-ной 28 лет, служащий, частные haemoptoë t° 38-39° в течение месяца tbc pulm. dext exudat. Здесь резкий сдвиг влево, отсутствие лейкоцитоза при наличии высоко:о индекса делает прогноз неблагоприятным 9-IV 25 г. exitus eletalis.

№ случая		Фамилия больного	Общее кол. лейкоцитов.	Эозиноф.	Базофилы	Нейтрофилы: Миэлоц.	Нейтрофилы: Юные	Нейтрофилы: Палочки	Нейтрофилы: Сегмен.	Лимфоц.	Моноциты	Lenkocyten index	Время исследования
11	% абс.	П.	7400	—	—	—	17%	17%	30%	33%	3%	2	14/VI 1925 г.
	колич.			—	—	—	1258	1258	2220	2442	222		

Б-ной 47 лет, извозчик, t° субфебрильна, tbc pulm. dupl. product. et tbc laryngis Здесь нормальное количество лейкоцитов и индекса при значительном сдвиге влево говорит о том, что организм приспособился к своему состоянию и tbc процесс принял хронич. течение, б-ной переведен в б-цу хроников.

№ случая		Фамилия больного	Общее кол. лейкоцитов.	Эозиноф.	Базофилы	Нейтрофилы: Миэлоц.	Нейтрофилы: Юные	Нейтрофилы: Палочки	Нейтрофилы: Сегмен.	Лимфоц.	Моноциты	Lenkocyten index	Время исследования
12	% абс.	Г.	10000	30%	—	—	4%	17%	41%	28%	7%	2,2	14/VIII 1925 г.
	колич.			300	—	—	400	1700	4100	2800	700		

Б-ной 16 лет, крестьянин, tbc pulm. duplex exud. caver. hectica. Наличие лейкоцитоза и сдвига влево говорит о существовании регенеративно-дегенеративного сдвига в фазе борьбы; направление же борьбы нам еще неизвестно, а потому никаких прогностических выводов здесь делать нельзя.

№ случая		Фамилия больного	Общее кол. лейкоцитов.	Эозиноф.	Базофилы	Нейтрофилы: Миэлоц.	Нейтрофилы: Юные	Нейтрофилы: Палочки	Нейтрофилы: Сегмен.	Лимфоц.	Моноциты	Lenkocyten index	Время исследования
13	% абс.	К.	6100	1%	—	—	1%	8%	41%	44%	5%	1,1	10/VII 1925
	колич.			61	—	—	61	488	2501	2684	305		

Б-ной 19-ти лет, портной; tbc pulm sinexud. haemoptaë, t° hectica. Здесь нормальное колич. лейкоц, при пониженном индексе, почти отсутствует сдвиг повидимому сопротивляемость организма здесь настолько велика, что при почти норм. составе крови б-ной в состоянии одолеть внедрившуюся инфекцию, что подтверждается также клинически. Больной выздоровел, t°—N

Рассматривая таблицы I, I2 и I3 мы видим, что tbc в начальной стадии протекает при нормальном или несколько увеличенном количестве лейкоцитов, даже при сильной активности процесса, а посему:

1. При невыясненных заболеваниях с высокой лихорадкой и отсутствием лейкоцитоза нужно при дифференциации всегда не забывать о возможности tbc.

Только небольшой лейкоцитоз мы отмечаем в компенсированной и субкомпенсированной формах, а посему:

2. Наличие небольшого лейкоцитоза при продолжительном хроническом заболевании от 1—3-х лет должно нас тоже всегда наводить на мысль о возможности tbc, находящегося в компенсированном или субкомпенсированном состоянии.

3. Высокий лейкоцитоз, сопровождаемый высоким под'емом t°, даже у туберкулезных б-ных всегда говорит о наличии вторичной инфекции (см. случаи 6 и 7)

Итак, мы видим, что определение количества лейкоцитов может явиться важным подспорьем для диагноза туберкулеза и туберкулезной интоксикации, протекающей с высокой t°, но без локальных изменений.

Рассматривая таблицы III 1, 2, 3, отражающие у туберкулезных б-ных колебания эозинофилов, которые по мнению Teichmuller'а являются носителями бактерицидных и антитоксических веществ, мы видим, что число их наибольшее в 1-й стадии, когда еще имеется достаточное количество защитных веществ в организме и постепенно падает по мере распространения болезни; точно такое же соотношение мы видим при сопоставлении по степени активности процесса, а также и в связи с давностью болезни.

Проф. Пунин указывает, что tbc pulm. в разные периоды: проходит то с эозинофилией, то без нее и потому считает, что она есть лишь показатель успешности борьбы организма с тем или иным вредным началом, а увеличение эозинофилов есть показатель высшего напряжения организма для защиты от внедрившейся инфекции. Мы же отмечаем, что в то время, как среди б-ных с Т I мы не имеем ни одного, у которых бы не было эозинофилов при Т II уже есть 17 проц. протекающих с анэозинофилией, а при Т III—50 проц. с анэозинофилией, так что стадия болезни повидимому влияет на количество бактерицитных сил организма. Наблюдая же за колебанием эозинофилов в течение болезни у одних и тех же больных мы видим, что количество эозинофилов у них не представляется стойким в течение всей болезни, а колеблется в связи с общим состоянием б-ного, а иногда и независимо от него (случ. 1), повышаясь накануне улучшения (случ. 3, 4, 5,) и падая накануне обострения (случ. 8).

При исследовании б-ных ante mortem, мы в 70 проц. случаях находили анэозинофилию, а в 30 проц. от 1—2-х эозинофилов.

Учитывая все вышесказанное, мы можем притти к след. выводам:

I. Эозинофилия у туберкулезных не устойчива, она лишь до некоторой степени может служить индикатором состояния б-ного.

II. Эозинофилы отсутствуют (случ. 9, 2 и 10) или наблюдаются в незначительном количестве в прогностически плохих случаях и нарастают при первых признаках улучшения (случ. 4, 5) или при падении активности процесса (случ. 3) в прогностически хороших случаях.

III. Наступающее ухудшение в состоянии б-ного сразу сказывается на количестве эозинофилов, которые сразу, а иногда постепенно, убывают (случай 8).

Итак эозинофилия говорит лишь за состояние биологических сил, запас бактерицидных и антитоксических веществ в данный момент, не предусматривая ничего в смысле прогноза.

Рассматривая табл. IV 1, 2, 3, отражающие у туб. больных колебания моноцитов, мы можем отметить, что стадия tbc не оказывает заметного влияния на количество моноцитов. Количество их, находясь часто в пределах нормы, в начальных стадиях заболевания, несколько повышается при более длительных процессах (1—3-х лет) и снова возвращается к норме при застарелых процессах выше 3-х лет. Зато более заметно отражается на количестве моноцитов степень активности процесса и если в компенсированных формах моноциты остаются в пределах N, то в субкомпенсированных в большинстве случаев количество их повышается до 7 проц. и выше и стойко держится в зависимости, повидимому, от того, что при хронической инфекции может вирулентность инфекции настолько ослабеть, что даст лишь субфебрильную t°; наступит „фаза одоления“ по Шиллингу „Heilphase“. Итак, моноцитоз есть показатель наличия фазы одоления; длительный моноцитоз—показатель наличия хронической инфекции.

Рассматривая таблицы V 1, 2, 3, мы видим, что число нейтрофилов и их сдвиг нарастают в связи с повышением степени активности.

оставаясь несколько ниже нормы в компенсированных формах, приближается к N в субкомпенсированных и превышает N в декомпенсированной форме. Далее мы видим, что число их возрастает в зависимости от стадии tbc.

Наблюдаемая нейтропения при T I и T II постепенно падает при переходе к T III. Давность процесса почти никакого влияния на число нейтрофилов и их сдвиг не оказывает.

Рассматривая соотношение отдельных форм нейтрофилов, мы видим тот же параллелизм. Если при T I мы имеем лишь так наз. регенеративный сдвиг с предельным содержанием юных форм до 1 проц. и увеличенным количеством палочковидных, то уже при T II мы имеем так наз. регенеративно-дегенеративный сдвиг, сопровождаемый значительным нарастанием как палочковидных, так и юных форм, а при T III дегенеративный сдвиг с появлением миэлоцитов, более резко выраженным сдвигом и общим увеличением нейтрофилов.

Итак, мы видим, что:

Во-первых, введенная Арнетом и усовершенствованная Шиллингом схема сдвига дают нам возможность гораздо вернее и лучше ориентироваться в состоянии б-ного, ибо часто резкий сдвиг влево указывает на тяжелое положение б-ного, не соответствующее имеющемуся у данного б-ного нормальному количеству нейтрофилов и лимфоцитов.

В виду того, что состав крови меняется в зависимости от хода туберкулезного процесса и отражает изменения в биологической мощности человеческого организма, можно по картине крови составить себе определенное представление о состоянии б-ного (прогностическая оценка).

Leukocytenindex Krebs'a, дающий суммарное представление о деятельности миэлопоэтической системы повышается по мере активирования процесса и значительного распространения его независимо от длительности болезни.

Шиллинг указывает, что: 1) в тех случаях, где несмотря на наличие юных и миэлоцитов, сегментированных все же больше, чем палочковидных—прогноз лучше и наоборот, если палочковидные превышают сегментированные, прогноз хуже; 2) прогноз в присутствии юных форм должен ставиться с большой осторожностью, а присутствие миэлоцитов должно считаться предупредительным симптомом, хотя не исключается и возможность улучшения процесса.

Из наших б-ных с наличием миэлоцитов большая часть экзитировала, оставшиеся в живых переведены в б-цу хроников.

Что касается лимфоцитов, то здесь таблицы II [1], [2], [3], дают нам следующее: число лимфоцитов значительно увеличено при T I, менее значительно при T II и приближается к норме при T III. Далее мы видим, что при компенсированном состоянии А независимо от стадии, когда активность процесса невелика, тоже наблюдается лимфоцитоз, который постепенно падает с нарастанием активности процесса; причем если tbc небольшой длительности, то число лимфоцитов несколько выше N, а в случаях хронических постепенно приближается к N.

Последнее, по мнению Панченкова, зависит от того, что при хронических инфекциях происходит ослабление реакции крови на поступающую интоксикацию, вследствие образующихся паренхиматозных изменений в кроветворной ткани, при наличии которых прогноз должен быть более осторожен, ибо меньше шансов на успешную борьбу организма с имеющейся интоксикацией.

Участие лимфоцитов в борьбе организма с туберкулезной палочкой общеизвестно. О нем мы заключаем по картине местной реакции

на внедрение палочек в организм и по морфологическим изменениям крови, установленным для первой стадии tbc.

Местная реакция организма на внедрение туберкулезной палочки определяется морфологическим исследованием, заключается в развитии бугорка, состоящего частью из эпителиоидных клеток—местных клеточных элементов, частью из лимфоцитов—элементов пришлых (Шридде, Асканази). Пришлый же элемент в воспалительном очаге не всегда одинаков при различных инфекциях и потому в данном случае в бугорке лимфоциты являются очевидно специально мобилизованными на борьбу с туберкулезными палочками. Об этом свидетельствует морфологический состав туберкулезного гноя и туберкулезной мокроты, в которой по Вольф-Эйснеру до 90 проц. всех клеточных элементов составляют лимфоциты, чему принято придавать диагностическое значение. То же самое наблюдается при исследовании плевритических выпотов туберкулезного происхождения. Не лишено интереса также отмечаемое скопление лимфоцитов вокруг сосудов кожи при кожной туберкулинной реакции.

Все эти данные подтверждают, что реакция животного организма на яд туберкулезных бацилл состоит в скоплении лимфоцитов, что зависит по Вольф-Эйснеру от специфического раздражения. Максимов и другие авторы считают, что низкая дифференцировка лимфоцитов, их способность превращаться в различные по строению и функции клетки и резко выраженная способность размножения—все это есть те причины, кои обусловливают чувствительность лимфоцитов к туберкулезной инфекции. Для выяснения смысла скопления лимфоцитов в бугорчатом очаге нам дают интересные данные исследования Мюллера и Спаскукоцкой. Последними установлено, что туберкулезный гной обладает липолитическими свойствами, так как лимфоциты содержат фермент липозу, расщепляющий жиры.

Мобилизация лимфоцитов на борьбу с туберкулезной палочкой имеет целью обогатить ткани в месте инфекции липозой, под влиянием которой бугорчатые палочки теряют свой панцырь—кислотоупорную оболочку, содержащую воск (жирные кислоты) и тогда становятся уязвимыми для всего арсенала бакцерицидных веществ животного организма. Все эти данные вполне об'ясняют причину скопления в туберкулезном очаге именно лимфоцитов и делают теорию лимфоцитарной реакции—достаточно обоснованной.

Проф. Сепп говорит, что если сравнивать борьбу организма с туберкулезной инфекцией с нашими войнами, то нужно сказать, что организм ведет свои войны химически и в этих войнах лимфоциты играют роль противогазов. Защитные приспособления организма в целом в высшей степени сложны и по замечанию Штерна понятие защиты есть понятие физиологическое, а не анатомическое. Однако, известные фазы и части этих процессов вполне наглядно воплощаются в определенные гистологические формы и нам предстоит научиться, говоря об этим формах, понимать их динамически.

Выводы:

1. Все формы заболевания tbc находят отражение в белой крови.
2. По картине крови у tbc больных, при отсутствии других заболеваний, изменяющих картину крови, можно составить себе отчетливое представление о биологическом состоянии сил организма и делать как диагностическую, так и прогностическую оценку.
3. Полное соответствие между картиной крови и патолого-анатомическими изменениями можно отметить только при Т III (там большие

патолого-анатомические изменения и значительные изменения в крови); меньше выражен этот параллелизм при Т II и еще менее при Т I.

4. При сопоставлении изменений крови у туберкулезных б-ных с существующей классификацией, можно сказать, что Т I характеризуется лимфоцитозом и очень незначительным нейтрофильным сдвигом или отсутствием его, Т II и Т III характеризуются наличием нейтрофильного сдвига независимо от степени компенсации (см. таблицы).

5. Прогностическая оценка крови невозможна при однократном исследовании в фазе борьбы (ибо неизвестен исход этой борьбы). (См. случаи 4,12).

6. Изменение в крови идут в зависимости от ряда ингредиентов: патолого-анатомических данных, степени интоксикации, устойчивости процесса и давности его, а посему оценку крови можно сделать только при учете всех вышеупомянутых ингредиентов (таблицы).

7. При улучшении процесса, картина крови приближается к норме, но сдвиг все же остается, что об'яснимо лишь наличием стойких дегенеративных изменений в костном мозгу (хроническая инфекция) (случ. 3, 4, 5).

8. При оценке отдельных видов лейкоцитов важно учитывать не только проц. отношения на сотню, а также количество в 1 кб mm и отсюда в общем токе крови, ибо увеличение и уменьшение их в процентах не всегда соответствует таковым в абсолютных количествах (случ. 1, 2).

9. Лейкоцитоз может быть показателем силы реакции организма, но без морфологической картины крови не может быть использован для прогностической оценки.

10. Leukocytenindex Krebs'a может в значительной степени служить показателем характера реакции организма.

11. Нормальное или слегка повышенное количество лейкоцитов при пониженном индексе дает право ожидать вполне благоприятного исхода болезни, ибо в таких случаях всегда имеется очень хорошая сопротивляемость организма. (См. случай 13).

12. Нормальное количество лейкоцитов и нормальный индекс при легочном туберкулезе говорят о благоприятном исходе лишь при отсутствии изменений в других органах.

13. Высокий лейкоцитоз при tbc, сопровождаемый нормальным или повышенным индексом, не дают права ни для диагностической ни прогностической оценки заболевания. (См. случ. 4, 5, 12.)

14. Падение лейкоцитоза, сопровождаемое повышением индекса, делает прогноз сомнительным.

15. Однако, все же практическое значение морф. картины крови должно оцениваться лишь в связи с клиническими наблюдениями.

К вопросу о картине красной крови при легочном туберкулезе и ее изменениях под влиянием наложения пнеймоторакса.

(*Из Фак. Терапевт. Клиники Белор. Госуд. Университета. Директор Кл-ки, проф. С. М. Мелких*).

Д-р А. Поляк.

Туберкулез—болезнь длительная, она поражает организм глубоко и многообразно, и, естественно, организм вырабатывает в себе самые разнообразные средства противодействия и защиты. Кровь является носительницей этих защитных средств и, естественно, должна подвергнуться самому тщательному изучению. Очевидно, не только в отношении диагностики, но и для оценки течения процесса, для постановки прогноза, те или иные колебания в крови больного должны сыграть определенную роль. Между тем до последнего времени проблеме крови при туберкулезе уделяли весьма мало места, и в таких руководствах, как Чистович, Бакмейстер, Дейке, об изменениях в крови под влиянием туберкулезной интоксикации почти ничего не говорится. Только в последние годы появились исследования Симона, Видаля, Гравица и других, касающиеся, главным образом, изменения лейкоцитарной формулы и ее значения для диагноза и прогноза туберкулеза, затем исследования в крови кальция, исследования щелочности и, наконец, коллоидно-химические реакции—реакция Матеффи и столь распространенная в настоящее время реакция на скорость осядания эритроцитов.

Нам думается, однако, что не следует ограничиться изучением биолого-химических свойств туберкулезной крови и лейкоцитарной формулой. Правда, лейкоциты--наша армия в борьбе с инфекцией, и нам интересно изучить ее и в количественном отношении и в отношении родов оружия (лейкоцитарная формула),—нам нужно судить о тех клеточных возможностях, которыми располагает кровь туберкулезного. И все же хочется сказать кое-что и о красной крови, хотя вопрос этот почти совсем не разрабатывается. Ведь борьба организма с туберкулезом длится часто долгие годы, давая колебания то в ту, то в другую сторону, и эритроциты подвозят продукты питания, доставляют их на фронт, несомненно играя важную роль в борьбе за здоровье организма. Заболевание красной крови или органов, ее производящих, несомненно отразилось бы весьма нежелательно на течение процесса.

Обычно туберкулезный яд не производит анемии. В так называемых начальных стадиях компенсированных и субкомпенсированных мы всегда встречали достаточное количество красных шариков. Очень часто у молодых девушек ставят диагноз „анемия“, даже иногда „хлороз“, между тем как более подробное исследование крови указывает лишь на незначительное уменьшение процентного отношения гемоглобина

при нормальном числе эритроцитов плюс специфический верхушечный процесс или изменения в hilus'е или даже незначительное набухание шейных желез при небольшом под'еме температуры. Диагностика „хлороза" ставится здесь не на основании картины крови, а лишь по причине бледного псевдохлоротического цвета кожи и слизистых. Такие больные (чаще диспансерные) с бледной кожей и бледными слизистыми по большей части давали нормальное, или близкое к норме, количество эритроцитов. Быть может прав Зейдергельм, который считает, что бледность туберкулезных зависит от того, что в них „мы имеем конституционально-лябильных индивидов, у которых инфекция направлена на вазомоторы".

В конечных стадиях туберкулеза мы часто, несмотря на бледность, находили заметную полиглобулию. Явление это зависит, конечно, от нарушения водяного обмена при туберкулезе и ненормального сгущения крови. Настоящую глубокую анемию мы наблюдали в тех случаях развитого туберкулеза, когда в конечной стадии присоединялось tbc кишечника с сильными поносами и в особенности при одновременном амилоиде почки. У одного такого больного мы наблюдали анемию с 20% гемоглобина и 1 млн. эритроцитов. Ниже приводится таблица больных в последней стадии со значительною бледностью, но нормальным и даже превышающим норму (от сгущения) количеством эритроцитов:

Таблица № 1.

Фамилии	Нв	Эритроцитов	Примечание
Филипенков	80%	6.600.000	Исследов. за неделю до смерти. Тяж. эксудативн. кавернозн. процесс. Резкая бледность слизистых.
Вариводо .	60%	4.100.000	Кровь исследована за 4 д. до смерти
Свиридович	70%	4.250.000	Кровь исслед. за несколько дней до смерти
Вашкевич .	60%	4.900.000	Idem
Пацкевич .	73%	4.000.000	Idem

При всем том, среди наших больных выделялась и группа безусловно анемичных и не только потому, что они были очень бледными, но и потому, что картина крови свидетельствовала о резком утомлении костного мозга. Это бледные больные с сухой кожей, несколько грубой наощупь в отдельных случаях с одутловатыми лицами. В отношении прогноза они безнадежны. Некоторые из них производят впечатление микседематиков и в отношении картины крови давали сходные с последними картины.

Исследуя кровь туберкулезных больных по большей части с активными эксудативными или продуктивно-эксудативными процессами, которым накладывался искусственный пнеймоторакс, мы в значительном числе первичных случаев наблюдали через 24 часа после наложения пнеймоторакса заметное увеличение количества эритроцитов и до некоторой степени % отношения гемоглобина. Еще через

сутки эритроцитоз часто, но не всегда, исчезал, а при последующих наложениях пнеймоторакса по большей части не повторялся. Иногда, напротив, эритроцитоз появлялся только после последующих вдуваний. Ниже мы приводим две таблицы (№ 2 и № 3).

Таблица № 2.

Первичные пнеймотораксы.

Фамилии	До вдуваний		Сколько введено воздуха	Через сутки после вдуваний		Примечания
	Н в	Эритроцитов		Н в	Эритроцитов	
1. Кац . .	72%	4.200.000	200 к. с.	85%	7.000.000	Всего 13 случаев, из них 11 дали несомненный эритроцитоз, один случай (11-й) не дал заметных результатов, один (9-й) дал лишь небольшой эритроцитоз, который, однако, возрос при вторичном поддувании. (см. таблицу № 3).
2. Гудзинович . .	50%	3.000.000	250 к. с.	53%	5.950.000	
3. Луцевич.	49%	3.000.000	300 к. с.	49%	5.150.000	
4. Пилецкий	—	4.200.000	300 к. с.	53%	6.600.000	
5. Гурская .	—	2.700.000	400 к. с.	—	8.000.000	
6. Станкевич	38%	2.000.000	600 к. с.	53%	5.500.000	
7. Герасимович . .	Не	исследовал.	300 к. с.	70%	8.450.000	
8. Лобанок	„	„	400 к. с.	75%	7.800.000	
9. Довнарович . .	67%	4.250.000	150 к. с.	70%	4.900.000	
10. Кантарович .	80%	4.600.000	250 к. с.	90%	5.650.000	
11. Позняк .	85/%	4.650.000	неизвестно	87%	5.000.000	
12. Нечай .	70%	8.600.000	210 к. с.	75%	8.700.000	
13. Ясинский	„	4.800.000	600 к. с.	„	8.000.000	

Эритроцитоз получался после *первичных* пнеймотораксов через 24 часа в *11* случаях из *13*, после вторичных в 32-х случаях из 70, после *третичных*, *четвертичных* и т. д. только в 3-х нижеследующих случаях:

Таблица № 3.

Фамилии	До вдувания 2-го		Введен при 2-м вдув.	Чер. сут. после 2-го вд.		Введено при 3-м вдув.	Чер. сут. после 3-го вдув.		Введено при 4-м вдув.	Чер. сут. после 4-го вдув.		После 5-го вдуван.	
	Н в	Эритроц		Нв	Эритроц		Нв	Эритроц		Нв	Эритроц	Нв	Эритроц
1. Пекарская .	65%	4.400.000	150кс	65%	**5.025.000**	150кс	65%	5.000.000	200кс	**75%**	**6000000**	—	—
2. Довнарович	67%	4.250.000	200кс	70%	**6000.000**	240кс	**80%**	**7.450.000**	500кс	72%	5.000.000	70%	5.350.000
3. Милаш	75%	5.000.000	500кс	100%	5.000.000	—„	—	—	500кс	75%	**6.500.000**	—	—

Отчего зависит увеличение количества красных шариков после наложения искусственного пнеймоторакса? Вероятнее всего мы имеем здесь дело с целесообразной реакцией организма на кислородное голодание. Поджатием выключается легкое и для того, чтобы организм получил достаточно кислорода, увеличивается количество эритроцитов, воспринимающих его. Через некоторое время другое легкое берет на себя функцию поджатого и тогда обыкновенно эритроцитоз исчезает. Очевидно, что и малые дозы в 200-250 к с. воздуха могут вызвать затруднение дыхания, т. к. и при них мы получаем эритроцитоз. Такими соображениями об'ясняет Гутштейн эритроцитоз у летчиков и жителей горных местностей, у которых он наблюдал, кроме того, увеличение процентного отношения гемоглобина, эозинофилию, лейкопению, нейтропению и гиперлимфоцитоз. Тоже наблюдали Меер и Зейдергельм, накладывая собакам искусственный пнеймоторакс. Сюда же относятся случаи Найнина, который 50 лет тому назад наблюдал эритроцитоз при эмфиземе и бронхиальной астме. Недавно я исследовал кровь у двух больных со значительной эмфиземой, дилятацией сердца и резким цианозом, причем у одного (Марсель) гемоглобина оказалось 110 проц. эритроцитов—7.250.000, а у другого (Каган) гемоглобина—120 проц., эритроцитов—8.000.000.

Как доказать, что в результате наложения пнеймоторакса наступает действительно новое кроветворение, а не перемещение масс эритроцитов из центральной крови в периферическую? Марбургские врачи Моог и Пиллинг пользовались для этой цели реакцией на усвоение эритроцитами кислорода (Sanerstoffzährung) и доказали, что после пнеймоторакса картина крови действительно омолаживается.

Не имея прибора для производства Sanerstoffzährung мы окрашивали мазки крови после первичных пнеймотораксов суправитально Brilliantkresilblau и получили в каждом поле зрения эритроциты с substantia reticulo-felimentosa, свидетельствующие о наличии молодых эритроцитов.

Наши выводы:

1. В пнеймотораксе мы имеем действительное целебное средство, которое не только сдавливает легкое, но и производит изменения в составе крови.

2. Дальнейшее изучение красной крови при туберкулезе и эритроцитоза после пнеймоторакса может приобрести определенное практическое значение и быть может даст нам со временем метод для оценки результатов коллапсотерапии.

В заключение приношу благодарность проф. Сергею Михеевичу Мелких за руководство работой.

Клиническая медицина.

Случай комбинированного заболевания Impetigo Contagiosa и острого гломерулонефрита у взрослого*).

(Из Факультетской Терапевтической Клиники Белорусского Государственного Университета. Директор, профессор С. М. Мелких).

Д-р С. П. Соломин.

Вопрос о связи, существующей между кожными страданиями и заболеванием почек, не является новым. Известно давно, что острый гломерулонефрит вызывается некоторыми заболеваниями кожи, как, например, экземой, расчесами после чесотки и другими. Это положение находит подтверждение во всех почти руководствах по изучению заболеваний кожи и почек.

Особенно яркое выражение находит эта мысль в классическом произведении профессора Филатова, в его клинических лекциях за 1899 год. Профессор Филатов останавливается на случае сочетания 2 заболеваний—экземы и острого нефрита—у ребенка 3 лет и 2 месяцев. Подробно разбирая все данные об‘ективного исследования, наблюдая за течением и исходом заболеваний, не находя причинного момента для об‘яснения в данном случае острого гломерулонефрита, автор приходит к такому выводу, что этиологией данного заболевания является экзема.

Перехожу к интересующему нас вопросу—о связи между Jmpetigo Contagiosa и острым разлитым гломерулонефритом.

Jmpetigo Contagiosa впервые было описано Fox‘ом в 1864 году. Отличается это заболевание характерными высыпаниями, которые вначале появляются в виде маленьких пятен, затем превращаются в маленькие пузырьки, наполненные водянистым содержимым. Пузырьки появляются на лице, темени и затылке, иногда поражаются руки, более редко и другие части тела. Спустя 5-6 дней они достигают величины чечевицы и больше, а через 2-3 дня образуются плоские желтые, сухие корки, которые обыкновенно через несколько дней отпадают и на этих местах видна только незначительная краснота.

Макс Иозеф в своем „Руководстве к изучению кожных болезней“ описывает эпидемию Jmpetiginis Contagiosae, имевшую место в 1885 году на острове Рюгене, в связи с прививкой оспы. При этом автор указывает, что как в животной лимфе, так и в содержимом пузырей, был найден неизвестный до того времени микрококк.

Knud Taber ставит болезнь Jmpetigo Contagiosa в связь с кожным заболеванием у новорожденных, вызываемым стафилококком—„Pemphigus

---

*) Доложено на заседании Научного Общества Минских врачей 10-го января 1926 г.

neonatorum“. Последний, будучи перенесен на взрослых, должен принять вид и течение „Jmpetigo Contagiosa“.

Из осложнений, только в одном случае Jmpetiginis Contagiosae, появившихся в связи с ревакцинацией, Миллер констатировал „острый геморрагический нефрит“.

И вот, редкость такого сочетания побудила нас к тому, чтобы опубликовать наблюдавшийся нами случай Jmpetigo-nephritis, имевший место в Факультетской Терапевтической Клинике Белорусского Государственного Университета. Этот случай еще более важен тем, что он наблюдался нами у взрослого, в то время, как описываемые в литературе случаи, как увидим ниже, касаются исключительно детского возраста.

История болезни следующая:

Больной К. К. 40 лет, женатый, по профессии ветеринарный врач, поступил 4 ноября 1924 года в Факультетскую Терапевтическую Клинику с жалобами на небольшие отеки нижних конечностей, незначительную одышку, пучение в животе, головные боли, отсутствие аппетита, боли в поясничной области, уменьшение суточного количества мочи и появление на разных местах верхних и нижних конечностей высыпаний в виде пузырей разной величины.

Болен 7 дней. Вначале отмечает: отсутствие аппетита, запор и пучение в животе—особенно после еды. Язык был обложен. От действия слабительных эти явления не прошли. К тому времени появляются: незначительная одышка и головные боли. На 3 день заболевания появились: отеки лица—державшиеся только 2 дня—и нижних конечностей, незначительное увеличение живота, боли в поясничной области и уменьшение суточного количества мочи. Еще за несколько дней до начала заболевания больной отмечает появление у него подозрительной сыпи на разных частях тела, которая протекает довольно упорно в смысле то исчезания, то появления новых пузырей.

При об'ективном исследовании найдено следующее: сознание ясное, положение активное, общее питание удовлетворительное, состояние сил ослабленное. Температура тела доходит до 37,2—37,6. Пульс 64 удара в одну минуту—правильный, напряженный. Дыхание—24 в одну минуту. На нижних конечностях—особенно справа—незначительные отеки. На верхних и нижних конечностях имеются высыпания, представляющие из себя пузырьки разной величины: от чечевицы и гораздо больше. Содержимое пузырьков разное: то водянистое, то гнойное. В иных местах высыпания представляют собою плоские, желтые сухие корки.

Органы пищеварения.

Язык сухой, обложен; аппетита нет. Отсутствие диспептических явлений. Стул 2-3 раза в день, жидкой консистенции. Зев, миндалины—норма. Глотание свободное, безболезненное; живот равномерно вздут—незначительный асцит. Печень и селезенка—норма.

Органы дыхания.

Кашель. Перкуссией определяются нормальные границы и подвижность легких. Звук ясный. Прослушивается везикулярное дыхание. Справа, сзади, внизу—незвучные влажные хрипы. Слева в аксилярной области—единичные сухие хрипы.

Органы кровообращения.

Сердце. Перкуссией определяются: размер относительной тупости 11,5 см. Правый—3,5 абсолютная тупость—5 см.

Аускультация: нечистый первый тон на верхушке. Второй тон на аорте акцентуирован. Кровяное давление по R-R—165. Со стороны крови и лимфатической системы уклонений от нормы нет. Мочеотделение свободное, безболезненное. Боли в поясничной области, особенно при давлении. *Анализ мочи*: Суточное количество—650. Цвет желтый с красноватым оттенком. Реакция кислая, удельный вес—1.021.

Белок—0,4‰. В осадке много эритроцитов и лейкоцитов. 20-XI была произведена функциональная проба на выделение, а 21-XI—на концентрацию. Обе пробы дали удовлетворительные результаты. Так, например, при пробе на концентрацию удельный вес доходил до 1.030.

Больной пробыл в клинике 3 недели, получая частые ванны, и выписался в улучшенном состоянии: на коже высыпания, леченные нами салициловой мазью—зажили. Одышка прошла. Отеки и асцит прошли. Моча стала светлой. Белку—0,1‰. В осадке—1-2 эритроцита в каждом поле зрения. Кровяное давление было при выписке 140. За все время пребывания в клинике больной соблюдал соответствующую молочную диэту и постельный режим.

Нам удалось наблюдать за больным спустя 3 недели после его выписки. Оказалось—белку в моче—следы, границы сердца в пределах нормы: левый размер 9 см., правый 3,5, абсолютная тупость—4,5. Кровяное давление—120. Самочувствие у больного было очень хорошее.

Таким образом, данные об‘ективного исследования, а именно: небольшие отеки на нижних конечностях, уменьшение суточного количества мочи, небольшое сравнительно количество белка в моче, наличие форменных элементов крови в моче в большом количестве, острая гипертрофия левого желудочка и острое повышение кровяного давления—весь этот симптомокомплекс позволяет нам ставить диагностику „*острого разлитого гломерулонефрита*“. Что касается кожного заболевания, то мы остановились на Jmpetigo Contagiosa. Этот диагноз был также подтвержден ассистентом кожно-венерологической клиники БГУ, доктором Розенталем.

Уже с самого начала наблюдения нами больного, у нас возникла мысль о существовании связи между этими двумя заболеваниями в смысле этиологического обусловливания кожным страданием острого разлитого гломерулонефрита. Эта мысль поддерживалась двумя обстоятельствами: во-первых, отсутствием в ближайшем анамнезе, какого бы то ни было этиологического момента для острого гломерулонефрита, как, например: ангина, скарлатина и др. Во-вторых, исчезновение нефритических явлений шло параллельно с излечением кожного страдания.

Изучением вопроса о связи между Jmpetigo Contagiosa и острым гломерулонефритом занимаются немецкие авторы в медицинской литературе последнего времени.

В „Klin. Woch.“. № 18 за 1922 г. H. Sieben описывает случай наблюдения им заболевания острым гломерулонефритом у одного юноши после гнойного дерматоза на боковых сторонах пальцев, перешедшего в импетигоподобное заболевание. Гнойные пузырьки были величиной от булавочной головки до горошины. Кожный процесс протекал очень упорно: постоянно выступали новые гнойники.

Микроскопического и бактериологического исследования не было сделано. Первые признаки нефрита появились после полного выявления кожного процесса. Нефрит сопровождался отеками, содержанием белка –5‰, наличием эритроцитов, лейкоцитов, эпителиальных клеток и цилиндров. Один взрослый, равно как и его двое детей—6 и 11 лет, бывшие в контакте с больными, заболели также кожным страданием, но без нефрита. За то у одного из детей в корково-экзематозных

образованиях в околоушной области найдены были дифтерийные палочки. Это дает автору повод признать у больных кожную дифтерию, что эта экзематозная дифтерия обусловливала у наблюдавшегося им юноши нефрит.

Таким образом импетиго-нефрит у взрослого—*заболевание весьма редкое. Более частой формой является это сочетание у детей.* Особенно богатый материал по этому вопросу дает нам приват-доцент Мюнхенской Университетской Детской Клиники—Гуслер. Ими наблюдались 46 случаев, которые подробно описаны в „Klinische Wochenschrifft“ № 37 за 1922 год. При чем указываются следующие характерные данные: возраст больных был в пределах от 1 года и 9 месяцев до 12 лет; грудных детей не было, за исключением одного невыясненного случая. При чем главное число больных падает на возраст от 4 до 7 лет, 5 были десятилетнего возраста. После 10-летнего возраста были единичные случаи. По полу больные делятся следующим образом: мальчиков—63 проц., девочек—37 проц. Не все годы давали одинаковую частоту заболеваний: так, например, в годы 1913 и 1914 были только единичные случаи, в годы войны, за исключением 1918 г.— от 6 до 8 случаев; начиная с 1921 года—частота идет на убыль. Не безинтересно также деление заболеваний по месяцам года: ни одного больного не было в январе месяце; мало в весенние месяцы. Почти половина случаев (22) пала на осенние месяцы—сентябрь и октябрь.

Кожные процессы, обусловливавшие нефрит, были разного характера. Но больше всего преобладали импетигонозно-пустулезные процессы. 6 раз была чесотка, всегда именно в запущенной и вторично инфицированной форме, среди них была также почесуха, всевозможные гнойные дерматозы, экзема головы с импетигонозными корками. Локализация этих ссадин была, как на лице и голове, так и на туловище и конечностях. У большего числа—преобладали непокрытые части тела, в особенности голени, руки и предплечья, которые были покрыты пустулами и расчесами. Ни разу не было нефрита при конституциональной экземе и при упорных хронических экземах.

Развивались нефриты на высоте заболевания, при случае так же к концу. Неоднократно исследовалось содержимое пустул или пузырей; дифтерийных палочек ни разу не было найдено. Находили: стафилококков и стрептококков. Не было так же найдено дифтерийных палочек на слизистой оболочке носа и полости рта.

Нефриты были всегда типа острого геморрагического, похожи на те, которые протекают во вторую половину заболевания скарлатины. Окружающие обращали внимание на заболевание, благодаря одутловатости лица у детей, иногда благодаря темно-красному цвету мочи, и, как исключение, благодаря жалобам со стороны детей, на повышенную утомляемость. Присутствие крови всегда можно было определять макроскопически. Белку в значительном количестве 5‰. Желчных пигментов ни разу не было найдено. Кроме эритроцитов находили всех видов цилиндры и в большом количестве—клетки почечного эпителия. Суточное количество мочи может уменьшиться до уремии. Уремия развивалась в одной шестой всех случаев, частью в тяжелейшей форме. Повышение кровяного давления имело место только в единичных случаях и скоропреходяще. Отеки отсутствовали редко. Общее состояние, как правило, нарушалось только тогда, когда появлялись уремические явления. Дети жаловались на усталость и отсутствие аппетита. Лихорадочное состояние появлялось на высоте заболевания.

Течение болезни в большинстве случаев проходило благоприятно Смертных случаев было 2 или 3 раза (5 проц.)—при уремическом,

припадке. В остальных случаях было излечение и в поразительно короткое время. По мнению Гуслера едва бывают такие нефриты, которые так быстро исчезают, как эти дерматогенные. Наблюдались случаи с тяжелейшей уремией, амаурозией, судорогами, во время которых больные спустя 6-8 дней выписывались без альбуминурии и с хорошо функционирующей почкой. Как раз наблюдавшиеся дерматогенные нефриты, как ничто другое, указывают на способность детской почки к Restitutio ad integrum, что является весьма характерным. Часто в несколько дней или в продолжение одной-двух недель наступало полное выздоровление. Только в одном случае, при котором, повидимому, в процесс были вовлечены и миндалины, почечный процесс протекал упорно, и, рецидивируя, длился больше года. Не наблюдалось ни одного случая перехода в хроническое заболевание почек. Правда, указывает Гуслер, у них не было случая, чтобы наблюдать за судьбой детей после излечения их от острого нефрита.

Из комбинаций они ни разу не наблюдали дифтерии; были единичные случаи скрофулёза, сифилиса и некоторых др. болезней.

Спрашивается, какие основания для признания существования в этих случаях причинной связи между дерматозами и нефритами. На этот вопрос Гуслер дает ответ, основные мысли которого совпадают с нашим мнением по отношению к нашему случаю, а именно:

Первое. Во всех сообщенных случаях нет этиологического момента почечного заболеваниия. Нет основания, по мнению автора, подозревать предшествовавшую необнаруженную общую инфекцию, особенно нет указаний на недавно перенесенную скарлатину и даже на незамеченное типичное шелушение пальцев. Что максимум заболеваний описываемых случаев падает на осенние месяцы, автор об'ясняет тем, что это те месяцы, когда городские дети возращаются из деревни, откуда они приносят с собою особые дерматозы или бактериального происхождения или вызванные укусами насекомых. Много раз дети приходили с жалобами на начинающиеся отеки прямо с деревни со свежими ссадинами на коже.

Частота кожных нефритов в годы войны весьма легко об'ясняется, по мнению Гуслера, частотой гнойных поражений кожи, вследствие недостаточного ухода за кожей, вследствие недостаточного очищения ее мылом.

Здесь не безинтересно припомнить про наш случай, где имеем дело с больным, ветеринарным врачом по профессии: как сельский ветеринарный врач, он часто приходит в соприкосновение с разными крестьянскими домашними животными, состояние кожи которых далеко не соответствует самым элементарным условиям гигиены. Если подойти к этиологии данного заболевания с этой точки зрения, то наш вопрос приобретает безусловно профилактическо-профессиональное значение.

Второе и главное обстоятельство, которое убедило наблюдателя в зависимости почек от кожного заболевания, это следующее положение: как только залечивали импетигонозные, пустулезные места кожи, быстро стал проходить нефрит. Как только создавалось положение, при котором всасывание в организм продуктов распада, ядов или какого-либо живого вируса не имело больше места, исчезал также источник для поражений почек.

Что касается вопроса о сущности причинной связи между дерматозами и нефритами, то, согласно Штрюмпелю, мы имеем здесь дело с гнилостным заражением, исходящим из одной из многочисленных ранок кожи. Гуслер высказывает мнение о том, что нужно остановиться

на общепризнанном положении о существовании взаимного влияния между кожей и почками. Известно, что в функциональном отношении оба эти органа тесно связаны между собою и ведут себя одинаково. При тяжелых нефритах, где мочегонные не оказывают никакого действия, там и потогонные не имеют своего воздействия на кожу. Наоборот, если кожа потеет, тогда можно и от почки ожидать секреторную раздражимость. Точно также и в отношении реагирования организма на возникновение в нем той или другой вредности также существует, с особеностями индивидуального предрасположения, параллелизм между почками и кожей.

В частности, по отношению к Impetigo-nephritis Гуслер признает теорию, согласно которой мы имеем здесь дело с всасыванием нефротропно действующих ядов бактериального происхождения. При этом возможно, что тот же самый яд, который обусловливает собою заболевание кожи, он же вызывает патологический процесс и в почках, или возможно, что процесс в почках вызывается ядом, вторично развившимся от кожного процесса.

Говоря об инфекционном характере данных заболеваний, считаю необходимым указать на те взгляды, которые выявляются на страницах немецкой медицинской литературы последнего времени по вопросу об отношении Impetigo-nephritis к дифтерии. H. Конн сначала высказался в том смысле, что Impetigo Contagiosa ведет к нефриту только в том случае, если она появляется в виде смешанной инфекции с дифтерией. Правда, впоследствии он стал высказываться в этом смысле более сдержанно. Но зато Sieben вполне воспринял его первоначальный взгляд в этом вопросе, о чем мы говорили выше, касаясь случая, описанного Sieben'ом. На основании своего единственного наблюдения Sieben все наблюдавшиеся вообще до сих пор Impetigo-nephritis считает дифтерическими нефритидами, он доходит до того, что не признает тех Impetigo-nephritis, у которых с уверенностью была исключена дифтерия.

Против такого взгляда резко высказывается Гуслер. Он выставляет следующие соображения: Во-первых, это то, чтобы дифтерия перенеслась дальше, исключительно, как кожная дифтерия. Во-вторых, это то, чтобы такой резкий последифтерический нефрит развивался исключительно после кожной дифтерии. Это то, что как раз у того больного кожным процессом, у которого Sieben единственно наблюдал нефрит, дифтерийных палочек нигде не было обнаружено. Наоборот Гуслер оперирует большим числом своих наблюдений Impetigo-nephritis, которые, как мы указали выше, дают совершенно противоположную картину, а именно: „неоднократное бактериологическое исследование содержимого пустул и пузырей слизистой оболочки носа и полости рта, ни разу не обнаружило дифтерийных палочек. Из комбинаций ни разу не замечали дифтерий.

Точка зрения Гуслера имеет весьма важное практическое значение в смысле терапии. Поскольку мы не разделяем мнения о смешанной инфекции с дифтерией, нужно совершенно отказаться от применения в данном случае антидифтерийной сыворотки. Наоборот, по мнению немецких авторов, при Impetigo-nephrit'ах, ведущих быстро к уремии, не надо тратить зря время на бактериологическое исследование кожи. Гораздо важнее начать в первую очередь с терапии кожи.

Терапия. Что касается терапии, то главным средством является зеленое мыло, которое уничтожет все корки и импетигонозные и гнойные массы. Это средство является необходимым при сильно распространенном нефрите с уремией. Нечего бояться вреда от

калийного мыла. Весьма полезным является также легкое прижигание ляписом.

В нашем случае мы употребляли салициловую мазь.

На втором месте стоит лечение нефрита. Это положение имеет, пожалуй, весьма важное значение для всех нефритидов. Согласно Гуслеру, приходилось убеждаться неоднократно, что даже тяжелые нефриты реагировали очень хорошо на антипаразитарные кожные средства, от действиия которых в несколько дней исчезал белок до следов.

Во время применения этих средств, как зеленого мыла, серы и дегтя, дети получали общее недиэтическое питание. При чем, согласно данным большого числа историй болезней лечение ни насколько не затягивалось, но протекало совершенно гладко.

Выводы.

На основании наблюдения нашего случая и ознакомления с литературными данными мы делаем следующие выводы:

1. Признаем существование заболевания Impetigo-nephirtis.
2. Заболевание является частым в детском возрасте с преобладанием числа до 10 лет. Более старшего возраста, равно как и грудные дети—в меньшей мере.
3. Случаи заболевания Impetigo-nephritis у взрослых—явления весьма редкие.
4. При каждом заболевании Impetigo Contagiosa требуется производить исследование мочи и наоборот.
5. При всяком нефрите следует производить тщательный осмотр кожи и соответствующие ссадины, если таковые имеются.
6. С точки зрения гигиены кожи вопрос об Impetigo-nephritis приобретает профилактическо-профессиональное значение.

Литература:

1. *Штрюмпель*—Учебник внутренних болезней. Том 2.
2. *Бирк*—Детские болезни. Том 2.
3. *Wolhardt и Fahr*—Брайтова болезнь почек.
4. *Филатов*—Клинические лекции за 1899 г.
5. *Макс Иозеф*—Руководство к изучению кожных болезней.
6. *Husler*—Zur Frage der Impetigo-nephritis. Klinische Wochenschrifft t. № 37—1922 г.
7. *Явейн*—Клиника нефрозов, нефритов и артериосклеротических почек.

г. Минск.
26 декабря 1925 г.

О пнеймококковых перитонитах у грудных детей.

(Из Факультетской Хирургической Клиники Белорусского Государственного Университета. Директор, профессор С. М. Рубашев).

Д-р Ю. М. Иргер.

28 августа 1926 года в детскую клинику БГУ была доставлена девочка П. Б., 1 год 7 мес., с жалобами на боль в правой половине грудной клетки и на кашель.

По словам родителей—ребенок в течение текущего года дважды перенес пнеймонию; после болезни остался кашель. 2 недели тому назад он перенес язвенный стоматит. За 4 дня до поступления в детскую клинику у ребенка вновь внезапно повысилась температура, появилась сильная болезненность в грудной клетке с правой стороны и обострился кашель.

При исследовании легких оказалось: укорочение перкуторного звука справа, начиная с половины лопатки; на этом месте прослушиваются влажные средне-пузырчатые хрипы, дыхание с бронхиальным оттенком; начиная с 7-го ребра дыхание ослабленное. Слева дыхание жесткое; тоны сердца глуховатые, пульс слабого наполнения. Аппетит плохой; стул после клизмы. Мочеиспускание свободное. Прощупываются лимфатические железы. Ребенок сильно похудел, ослабел, постоянно стонет.

В течение 4-х дневного пребывания ребенка в детской клинике состояние его оставалось очень тяжелым, температура все время высокая.

2-го сентября, вследствие нарастающей тупости и ослабления дыхания с правой стороны грудной клетки, ребенку была произведена плевральная пункция, которой добыто 20 к. с. мутноватой жидкости; при исследовании обнаружены пнеймококки; через 2 дня пункция повторена, выпущено 30 к. с. мутной жидкости, в плевру влито 5 к. с. Rivanol'я.

До 8-го сентября ребенок почти ежедневно подвергался пункции плевры и вливанию Rivanol'я, тем не менее состояние его не улучшилось, а ухудшилось.

9-го сентября появилась задержка стула, газы не отходили, у ребенка несколько раз была рвота, сильное вздутие живота, брюшные стенки напряжены. Обыкновенные и сифонные клизмы не подействовали. 9-го сентября я был вызван к ребенку. При исследовании оказалось, что у ребенка резко выражены явления раздражения брюшины и непроходимости; общее состояние очень тяжелое; пульс еле прощупывается, сосчитать количество ударов не удается.

Несмотря на тяжелое состояние мною была ему произведена операция под местной анэстезией в факультетской хирургической клинике: проведен разрез по средней линии длиною в 5-6 сант. По вскрытии брюшной полости вылилось несколько ложек гнойной жидкости, все кишки покрыты фибринозным налетом. Осмотрен кишечник, никаких перфораций не найдено. В брюшную полость введены 2 тампона, рана сужена несколькими швами.

После операции состояние несколько улучшилось, появился пульс, прекратилась рвота; было высказано предположение, что имеем дело с пнеймококковым перитонитом; взятый для исследования гной действительно обнаружил пнеймококк.

На 3-ий день ребенок погиб. По независящим от нас обстоятельствам, ребенок не был подвергнут вскрытию.

Пнеймококковые перитониты встречаются преимущественно у детей. По Стеблин-Каминскому наибольший процент заболевания падает на возраст между 4—12 годами, девочки заболевают чаще мальчиков, в нашем случае ребенку было всего 1 г. 7 мес.

Отчеты и корреспонденции.

II-й Всебелорусский с‘езд участковых врачей.

Этот С‘езд всей своей работой еще более углубил ту линию борьбы за качество, которая была намечена два года тому назад на предыдущем участковом С‘езде. Обширная программа вопросов, предложенная НКЗ, встретила со стороны делегатов на редкость активное, деловое и подробное обсуждение.

С‘езд открылся 27-I и закончился 1-II.

На первом заседании был заслушан ряд приветствий от общественных и научных организаций и доклад тов. Цвикевича (От мед. секции Института Белорусской Культуры) „Доктар і краязнаўчая праца“. Особенно тепло были встречены выступления т. Голодеда от ЦК КП(б)Б, т. Головача (от ЦК ЛКСМБ), проф. Кроля (от Бел. Гос. Университета), т. Ценципера (от Ц. П. „Медсантруд“).

Основной отчетный доклад, охвативший, в общих чертах, все отрасли медико-санитарного дела БССР, был сделан Наркомом Здравоохранения т. Барсуковым. Отметив главнейшие достижения здравоохранения за период между 1 и 2 участковым С‘ездом (значительное качественное улучшение и некоторое расширение сельской медико-санитарной сети, оформление санитарной организации, улучшение материально-правового положения медперсонала, развертывание научной и производственной работы Гос. Сан. Бакт. Ин-та), докладчик дал общий анализ современного состояния здравоохранения в городе и деревне, и обрисовал задачи по улучшению медобслуживания населения, намечаемые НКЗ на ближайший ряд лет.

Доклад вызвал весьма оживленный обмен мнений, причем высказалось более 30 делегатов. Резолюция С‘езда полностью подтвердила все положения докладчика.

Содоклад т. Гарбеля „О рационализации структуры и управления органов здравоохранения“ касался, главным образом, укрепления труддисциплины в лечсанучреждениях, а также мероприятий НКЗ по переквалификации и усовершенствованию медперсонала.

Следующий доклад принадлежал т. Дихтяру на тему: „Деятельность лечебно-профилактической организации с точки зрения ее диспансеризации“. Докладчик сообщил богатый материал о состоянии и деятельности лечебно-профилактических учреждений в БССР, причем особенно подробно охарактеризовал след. моменты: госпитализацию заразных больных, психпомощь, деятельность диспансеров, акушерско-гинекологическую помощь, квалификацию медперсонала, специальные виды помощи на участке.—Диспансеризация определяется, как особая система здравоохранения, основными элементами которой являются: учет социально-гигиенических признаков населения, квалифицированность медико-санитарной организации и социальная помощь. На основании целого ряда данных докладчик доказывал, что по охвату болеющего населения, по росту посещаемости, наконец, по наличию основных специальных видов помощи, в БССР имеются

все предпосылки для перехода на диспансерный метод. Для претворения этого в жизнь необходимо: 1) лечсанучреждениям проводить учет своей деятельности, а также санитарных условий данной местности; 2) качественное улучшение существующих лечучреждений и строительство новых; 3) создание кадра медперсонала с социально-гигиенической подготовкой.

Содоклад т. Тремповича „Хірургічная дапамога на вёсцы“ на основании анкетного обследования устанавливает крайнюю необеспеченность сельских лечучреждений хирургами и недостаточность хирургического инструментария и перевязочного материала. Основные требования докладчика: тщательная хирургическая подготовка будущих участковых врачей в стенах медфака, правильное использование участковых врачей-хирургов, улучшение медснабжения участковых лечучреждений.

Санитарным и эпидемиологическим вопросам был посвящен целый ряд докладов. Сюда относятся: „О постановке дезинфекционного дела“ (т. Дихтяр), „Кватэрнае будаўніцтва і водазабясьпека беларускай вёскі“ (т. Могилевчик), „Специфическая профилактика и терапия скарлатины“ (проф. Эльберт), „Общие санитарные меры борьбы со скарлатиной“ (проф. Экземплярский). По всем этим вопросам докладчиками выдвигались следующие основные моменты:

Дезинфекционное дело должно быть рационализировано, как путем усиления снабжения мест дезаппаратурой и строгим учетом расходования дезосредств, так и путем проведения врачебного контроля над самым производством дезинфекции. В этом отношении необходимо привлечь не только санитарных врачей, но и врачей, лечащих больного на дому.

Жилстроительство и водоснабжение в сельских местностях должно проходить по единому плану, причем НКЗдрав должен взять на себя санитарно-техническое руководство, НКЗем—технически-строительное, а общая увязка должна принадлежать Госплану. При Наркомздраве необходимо создать специальный санитарно-технический фонд. Государственная помощь оздоровлению деревни должна быть оказана в след. виде: 1) расширение долгосрочного кредита на строительство, 2) выдача безвозвратных пособий—для премирования образцовых крестьянских построек, а также для сооружения показательных построек общественного пользования, колодцев и т. д., 3) льготный отпуск строительных материалов для беднейшего крестьянства.

В борьбе со скарлатиной, несмотря на невыясненность ее этиологии, весьма желательно применять вакцинацию (*по Габричевскому, по Дику или комбинированную*), но только при соблюдении определенных условий: 1) безвредность метода, 2) точный учет вакцинируемых. Снабжение и заготовка вакцины возлагается на Гос. Сан. Бакт. Институт. Рациональная госпитализация заболевших и профилактические мероприятия на дому больного имеют первостепенное значение. Роль школы в распространении скарлатины обычно переоценивается.

Доклад т. Смулевича „Заболеваемость и смертность в городах и поселениях городского типа БССР“ был встречен с большим интересом, как первая научно-статистическая работа в этом направлении.

Доклад т. Горфункеля „О работе Белмедторга за 1925-26 год и о рационализации лекарственной помощи“ устанавливал значительное укрепление снабженческого уклона Белмедторга, за счет торгового, а также ряд производственных, организационных и финансовых достижений. В дальнейшем, докладчик считает необходимым: 1) в целях улучшения медснабжения и уменьшения накладных расходов по

содержанию аппаратов Окружных Аптекоуправлений—создать аптечный центр при НКЗ для об'единения всех аптекоуправлений БССР, 2) постепенно ликвидировать больничные аптеки в сельских местностях, взяв курс на организацию единой районной аптеки.

Т. Фалкина в своем докладе „Итоги ясельной кампании и тип детского профилактического учреждения на селе" выдвигает, как основное положение, что учреждения Охматмлада на селе должны составлять органическую часть медучастка. Сельская акушерка должна вести патронажную работу и должна быть освобождена от всякой нагрузки не по специальности. Типовым учреждением Охматмлада на районе является консультация, обслуживающая как беременных, так и детей. Для правильной постановки летних полевых яслей необходимо: 1) заблаговременная подготовка персонала в окружных городах, 2) привлечение крестьянской общественности к организации яслей, 3) систематическое наблюдение за детьми со стороны участкового врача, 4) тщательное инструктирование со стороны Окрздрава.

Доклад т. Герман „Охрана здоровья детей и подростков" под'итоживая проделанную в городе и на селе работу, выдвигает необходимость прикрепления к каждому медицинскому участку определенного количества школ, которые посещаются врачем не реже, чем два раза в год. Участковый врач должен тесней связаться с местной комсомольской ячейкой, пионер-отрядом, с избой-читальней, обращая особое внимание на физкультуру и проведение правильного режима труда и отдыха среди детей и подростков —В городах центром методической, педологической и обследовательской работы по охране здоровья детей и подростков должны стать детдиспансеры с соотв. подсобными учреждениями (дневные санатории). Необходимо большее участие лечебного фонда „Г" по обслуживанию организованного детства и рабочих подростков*).

А. О.

---

*) Материал о работе С'езда подготовляется к печати и выйдет отдельным приложением к „Беларускай Мэдычнай Думке". Там же предполагается напечатать и доклады, прочитанные на С'езде.

Совещание работников охраны здоровья детей и подростков за время II-го Всебелорусского с'езда участковых врачей.

Д-р Герман.

Во время с'езда секция работников ОЗД и П собиралась два раза. В этих совещаниях принимали участие, кроме врачей Минска, делегаты из Гомеля, Слуцка, Бобруйска, Могилева, Полоцка, а также врачи, стажирующие по ОЗД в Минске, представители ЦК ЛКСМБ, ЦБЮП и ВСФК.

Первое совещание было посвящено методам работы диспансера для детей и подростков, в котором мы и собрались. Уже до совещания делегаты из округов детально знакомились с работой отдельных кабинетов диспансера, некоторые посетили белорусскую опытно-показательную школу. На этом совещании мы заслушали доклад д-ра *Левина* о работе диспансера и содоклад д-ра *Слуцкой* о психо-неврологическом кабинете. По этим докладам развернулись широкие прения. Особенный интерес вызвала профилактическая работа диспансера—через обследовательские кабинеты прошло 5.964 детей, однако, большим недостатком детского диспансера является то, что не все дети были обследованы на дому. Подчеркнута была целесообразность поставленного диспансером исследования состава крови (гемоглобин и т. д.) детей. Диспансер носит название для детей и подростков, но все-же работа его среди подростков крайне незначительна. Медосмотр следует сконцентрировать в этих диспансерах, что даст возможность выявить физический тип подростка и положить начало действительной диспансеризации рабочих подростков, увязав ее с профконсультацией и врачебным контролем по вопросам физкультуры.

Делегаты были того мнения, что сравнительное благосостояние школ Минска в смысле фавуса и трихофитии—является большой заслугой диспансера и его хорошо поставленной патронажной работы в этом отношении. Минусом в работе диспансера является то, что будучи первым научно-исследовательским центром по охране здоровья детей и подростков в Белоруссии, не производил поголовного просвечивания диспансеризованных детей, что является чрезвычайно важным моментом в работе диспансера. Относительно того, диспансеризует ли диспансер учреждение, скажем школу, в целом или определенные возрастные группы, были разногласия, но все-ж к концу совещания согласились с тем, что при невозможности охвата всего организованного детства, целесообразной является диспансеризация самых младших групп, а также кончающих семилетку; это конечно не исключает прикрепления того или другого типового учреждения к диспансеру для более углубленной педологической работы, этот пробел придется пополнить Минскому Диспансеру для детей и подростков.

Обсуждался вопрос о том, какие дети пользуются лечебной помощью в диспансере; совещание высказалось за то, чтоб в первую очередь ею пользовались дети, уже охваченные обследовательской работой, а во вторую—остальное организованное детство.

Оживленные прения вызвал вопрос о „Совете Охраны Здоровья Детей и Подростков", особенно интересовались работой его Врачебно-Педагогической Секции, выполняет ли Окроно решения Совета и т. д. Все присутствовавшие высказались за необходимость прикрепления школьно-санитарных врачей к диспансеру, иначе получается какая-то неувязка со школой, отрыв врачей от диспансера. Прикрепление несомненно повлияет на поднятие квалификации ш/сан. врача—с одной стороны, с другой—внесет новые элементы в работу диспансера.

Делегаты с'езда высказывали свое удивление по поводу того, что диспансер не располагает ни одним подсобным учреждением для физически слабых детей.

Детальному обсуждению подверглась работа психо-неврологического кабинета. Все высказались за то, что экспериментально-психологический метод в руках врача в школе, явится громадным подспорьем в его работе. Но для этого требуется определенная подготовка и Наркомздраву следовало бы организовать, хотя бы краткосрочные, курсы при Минском диспансере для переквалификации по особо актуальным вопросам педологии. Полученные сведения дали бы также возможность ш/сан. врачу более активно и успешно участвовать в комиссиях для несовершеннолетних правонарушителей, в которых им приходится работать. В конечном итоге присутствовавшие подтвердили правильность взятой Наркомздравом линии на организацию диспансеров для детей и подростков с подсобными учреждениями во всех окружных центрах, а также в больших районных в виде кабинета физкультуры и педологии.

Второе совещание было посвящено работе врача в школе, физкультуре и пионер-движению.

Все пришли к заключению, что при настоящих условиях ш/сан. врачу не следует концентрировать своего внимания на углубленном мед. осмотре ребят, телесный осмотр следует производить обязательно и по возможности чаще.

Центром внимания в работе врача ОЗД должен явиться педагогический совет, санкомиссия, родители, работа в методологическом бюро, в совещаниях заведующих школами, инспекторов и т. д. Принимая во внимание тяжелое антисанитарное состояние нашей школы, нельзя отдать предпочтение одним школам в смысле их исключительного обслуживания, оставив все остальные школы вне всякого надзора.

Критике подверглась программа Наркомпроса, ее следует пересмотреть и приспособить к нашему ребенку и нашим условиям. Преподавание гигиены должно быть предоставлено врачам. Актуальной задачей для ш/сан. врача в настоящий момент является систематическая борьба за удлинение перемен в школах и за их использование для пребывания детей на свежем воздухее.

По вопросу о физкультуре главным образом высказывались по поводу тех уродливых форм, которые преподавание физупражнений приняли в нашей школе—зачастую в душных, непроветренных классных комнатах, в одежде и обуви—дети занимаются физупражнениями. И это усугубляется еще тем, что время дня, отводимое для физупражнений, всецело зависит от имеющегося свободного времени физинструкторов, которых количество недостаточно, особенно в небольших

окружных центрах. Из прений выяснилось, что медконтроль поставлен неудовлетворительно, физинструктора в смысле санитарно-гигиеническом имеют мизерную подготовку. Ш/сан. врачу, как проводнику физкультуры вообще в школе, следует ознакомиться и с методикой физупражнений, с показаниями и противопоказаниями к ним, ему должен принадлежать почин в вынесении физупражнений и других уроков из душных классных комнат на свежий воздух.

Пионер-движение вызвало живой обмен мнений. Все согласились с тем, что на средства, отпускаемые общественными организациями, следует ввести институт врачей при пионербюро. До того времени необходимо урегулировать работу врачей шефов—основная их работа санитарно-культурная и прежде всего в коллективе пионервожатых, мед. осмотр слсдует связать с лагерной кампанией. Врачи ОЗД, более других соприкасающиеся с пионерорганизацией, обязаны ознакомиться с задачами и целями пионердвижения (участие в работе детбюро, литература и т. д.).

Совещание подчеркнуло ничтожное участие фонда „Г“ в деле охраны здоровья детей и подростков. Прежде всего ш/сан. врачи должны быть приравнены в смысле дотации к прочим врачам, обслуживающим преимущественно застрахованных, а врачи профтехшкол должны пройти целиком по фонду „Г“.

В общем, как первое, так и второе совещание носили деловой характер, они выявили настоящее лицо нашего ш/сан врача—это в большинстве уже не случайные гости в ОЗД—это уже не районный, амбулаторный или другой врач, для дополнения своего жалования оказавшийся в рядах ОЗД, это определившийся врач-педолог, сознательно идущий к цели, стремящийся все больше и больше углублять свои познания для лучшей и более целесообразной охраны здоровья детей и подростков.

Опыт полугодовой работы Минского Ночного Санатория для туберкулезных больных.

Д-р Е. Я. Кутовский-Старинский.

Лечение больных легочным туберкулезом при современном взгляде на сущность туберкулеза и методы борьбы с ним не может ограничиваться помещением больных в санатории.

Для „полного излечения" больных легочным туберкулезом пришлось бы последних помещать в санатории не на месяцы, а на годы. Учитывая с одной стороны—количество больных легочным туберкулезом, даже одной только субкомпенсированной и декомпенсированной формы, с другой стороны—наши материальные в этом отношении возможности, становится ясным, что обеспечение больных легочным туберкулезом длительным санаторным лечением является неосуществимым. Пребывание же определенной категории легочных больных в санаториях при соответствующих показаниях в течение нескольких месяцев, может дать затихание процесса, и в связи с этим временное восстановленне трудоспособности. Ясно, что в таком ограниченном виде большой вопрос, о лечении больных туберкулезом легких, разрешен быт не может.

Лечение больных легочным туберкулезом должно производиться постоянно в течение годов, отсюда становится ясным, что оно не может быть организовано на одном узком санаторном принципе. „Туберкулезных больных надо лечить длительно в повседневной обстановке их труда и быта, обучив их санитарно-гигиеническим навыкам, создавая „для них так называемое домашнее санаторное лечение"*).

При этом естественно выплывает целый ряд препятствий об'ективного характера в виде современных жилищных условий и прочих моментов экономического, бытового свойства. Но при достаточной практической подготовке, огромная масса больных сумеет преодолеть эти препятствия и правильно проводить „домашнее санаторное лечение".

Соответствующую практическую школу больные могут получить в диспансере с подсобными его учреждениями (ночном и дневном санаториях) и санаториях местного значения. В периоды обострения туберкулезного процесса больные, нуждаясь в особых условиях лечения, должны помещаться в зависимости от показаний, характерных для отдельных форм туберкулезного процесса, в одно из названных учреждений.

За последние годы выкристаллизовались у нас три основных типа вспомогательных учреждений диспансера, наиболее близких к организации домашнего санаторного лечения—это ночные и дневные санатории и открытые площадки.

---

*) Е. Г. Мунблит. „Вопросы туберкулеза" № 5--6, 1926 г.

Ночному Санаторию, в котором больные подвергаются более длительному воздействию всех лечебных и воспитательных факторов, должно быть отдано предпочтение.

Назначение Ночного Санатория — дать возможность наиболее многочисленной группе больных, сохранивших работоспособность, с неустойчивой компенсацией, у которых чашка весов легко колеблется в одну и другую сторону, укреплять свой организм в обычных условиях труда, не отрываясь от станка, и тем дать возможность укрепившемуся организму в дальнейшем продолжать борьбу с инфекцией, сохранять работоспособность. Достаточно бывает часто в момент обострения процесса в легких, небольшого изменения биологических условий у таких больных для того, чтобы помочь организму выйти победителем и сохранить начинающую ослабевать работоспособность.

Усиленное рациональное и индивидуализированное питание в Ночном Санатории под наблюдением и контролем врача, покой в здоровой гигиенической обстановке, свежий воздух, гидротерапевтические мероприятия должны сыграть выдающуюся роль в деле укрепления больного организма, толкают его к выработке избыточных защитительных сил в борьбе с болезнью.

Помимо чисто лечебного и профилактического момента, режим и образ жизни в Ночном Санатории, имея в виду одну из главных целей Ночного Санатория—стать практической школой для подготовки больных к „домашнему санаторному лечению", должны сыграть огромную роль в деле санитарно-гигиенического воспитания больного.

Е. Б. Мунблит пишет: „по нашей классификации и по медицинским показаниям отбора на долю Ночных Санаториев падает около 50 проц. всех взрослых больных легочным туберкулезом; проведение этой значительной группы больных через ночные санатории имеет громадное санитарно-профилактическое значение для проведения системы домашнего санаторного лечения" *).

Становится очевидным, что те 26 коек, которые развернуты в Минском Ночном Санатории, открытом 28 февраля 1926 г., далеко недостаточны и что необходимо в ближайшем будущем значительно расширить этот Санаторий.

За 6 месяцев, с 28 февраля по 6-е сентября 1926 г., через Ночной Санаторий прошло 107 больных туберкулезом легких.

Мужчин 86—что составляет 80,4 проц. общего числа больных
Женщин 21 „ „ 19,6 „ „ „ „

Проведено больными в Санатории 4459 койко-дней. Средний срок пребывания в Санатории—6 недель.

По возрасту больные распределяются следующим образом:

Таблица № 1.

Возраст больных.	Число больных	Процентное отношение к общ. числу больных.
до 20 л.	10	9,34%
от 20 до 25 л.	29	27,1 „
„ 25 „ 30 „	29	27,1 „
„ 30 „ 35 „	18	16,8 „
„ 35 „ 40 „	10	9,34 „
Старше 40 „	11	10,32 „

*) Е. Г. Мунблит. Обзор противотуберкулезной работы на местах „Вопросы туберкулеза" № 6, 1925 г.

Большинство больных — 54,2 проц. принадлежит к возрасту от 20 до 30 лет.

Состав больных по принадлежности к профсоюзам и социальному положению:

Таблица № 2.

Наименование профсоюзов	Число больных		
	Рабочих	Служащих	ВСЕГО
Кожевников	31	—	31
Металлистов	4	—	4
Медсантруд	1	4	5
Нарпит	1	1	2
Нарсвязи	—	1	1
Печатников	9	—	9
Пищевиков	6	—	6
Рабземлес	—	2	2
Рабкомхоз	4		4
Рабпрос	3	2	5
Рабис	1	—	1
Строителей	8	—	8
Совторгслужащих	8	7	15
Текстильщиков	2	—	2
Трансраб.	1	—	1
Химиков	2	—	2
Швейников	9	—	9
Всего	90=84,11%	17=15,89%	

Состав больных по национальностям:

Таблица № 3.

Название национальности	Число больных	Процентное отношение к общему числу б-ых
Белоруссов	41	38,31%
Евреев	53	49,53 „
Русских	6	5,6 „
Поляков	3	2,8 „
Прочих	4	3,78 „

По характеру и форме процесса в легких, больные распределяются следующим образом:

Таблица № 4.

Характер и форма процесса в легких	Число б-ых	Число больных 1-й стадии			Число больных 2-й стадии			Число б-ых 3-й стадии	
		Компенс. A I	Субкомпенс. B I	Всего	Компенс. A II	Субкомпенс. B II	Всего	Субкомпенс. B III	Всего
Бронхоадениты . . .	1								
Катарр верхушек . .		3		3					
Фиброзная		24	10	34	3	6	9		
Фиброзно-продуктивная		1	2	3	3	4	7		
Продуктивная . . .			3	3	5	9	14		
Продуктивно-нодозная .					6	19	25		
Продуктивно-эксудативная					1	3	4	4	4
Всего .	1	28	15	43	18	41	59	4	4

Анализируя состав б-ных по характеру и форме процесса в легких приходится отметить большое число больных, которые должны быть отнесены к группам В II (41 б-ной) и В III (4 больных). Обстоятельство это выдвигает момент о показаниях к отбору больных в Санаторий.

С отбора, собственно, и начинается санаторное лечение и им предопределяется целесообразное использование Санатория. Лишь тубдиспансер имеет возможность организовать дело отбора туберкулезных больных с точки зрения своего широкого подхода к их лечению, выделяя одних больных для вспомогательных учреждений—ночных и дневных санаториев, других для „местных" санаториев и курортов и, наконец, третьих для больничных отделений. Лишь в Диспансере возможен правильный целесообразный отбор больных, основанный на длительном их наблюдении.

Исходя из этих соображений, нам удалось сосредоточить в Тубдиспансере отбор больных в Минский Ночной Санаторий. При выработке показаний для отбора больных было уделено главное внимание динамическому моменту—компенсации, который должен явиться решающим при отборе больных. Ночной Санаторий вносит лишь корректив в жизнь больного и вводит его в рамки режима только на часть дня, а потому он не подходит для случаев тяжелых с декомпенсацией и прогрессирующих процессов со значительной токсемией. Для Ночного Санатория показана наиболее многочисленная группа больных с неустойчивой компенсацией или небольшой субкомпенсацией; но учитывая условия в нашем городе с его большим количеством больных, нуждающихся в помощи, и весьма незначительным количеством санаторных коек, сосредоточение отбора больных в Санаторий „Красный Октябрь" и прочие тубучреждения во врачебно-контрольной комиссии, пришлось допустить в Ночной Санаторий больных, относящихся

к группе В II и нескольких даже группы В III, в то время, как часть больных, направленных в Санаторий „Красный Октябрь“, могли бы с успехом лечиться в Ночном Санатории, не отрываясь от своей работы.

Это-то обстоятельство еще раз с настойчивостью выдвигает вопрос о необходимости сосредоточить весь отбор туберкулезных больных в Тубдиспансере и расширения Ночного Санатория на первое время, хотя бы до 50—60 коек.

При отборе больных в Ночной Санаторий учитывается и целый ряд социально-бытовых моментов: принадлежность к вредным и ранимым туберкулезом профессиям, тяжелые жилищные условия и недостаточное пребывание б-го на воздухе, беспокойная домашняя обстановка, санитарное невежество.

Отобранные больные ежедневно, по окончании работы на предприятиях, непосредственно с работы приходят в санаторий, где они остаются до утра следующего дня, когда б-ные из санатория непосредственно отправляются на работу.

Порядок дня, в санатории установлен следующий:

с 5—6 ч. веч. прибытие б-ных, душ, ванны;
„ $6^1/_4$—$6^3/_4$ ч. „ обед;
„ $6^3/_4$—8 ч. „ лежание („мертвый час“);
„ 8—9 ч. „ прогулка, чтение (кому назначено—лечебные процедуры, осмотр врачем);
в 9 ч. вечера легкий ужин;
с 9—10 ч. „ отдых, игры, беседы (1 раз в неделю) осмотр врачем;
в 10 ч. „ молоко;
„ $10^1/_2$ ч. „ мытье, чистка рта, отход ко сну;
„ $6^1/_2$ ч. утра вставанье, мытье, чистка рта, обтирания;
„ 7 ч. „ завтрак;
с 7—8 ч. „ уход на работу.

По проф. А. И. Рубелю *) центр тяжести санаторнаго лечения—не в триаде Brhemer-Dettweilerá, а в создании такой обстановки жизни для б-ых, при которой затрата физической и нервно-психической энергии их в течение всего периода лечения не превышала фактического запаса сил организма („об‘ема выносливости“) в каждый момент этого периода. В течение лечения необходимо следить за тем, чтобы формулы Gottsteiná $\frac{F}{P} \geqq 1$ (в которой F обозначает об‘ем выносливости б-го, P—затраты энергии) не нарушалась у б-го; необходимо строго дозировать затраты энергии б-го с тем, чтобы внешние запросы на жизнедеятельность организма больного находились в каждый данный момент болезни в полном соответствии с фактическим состоянием его сил, чтобы дробь $\frac{F}{P}$ была не меньше единицы, а, если возможно, больше.

Это прекрасно применимо в трудовых колониях, это можно с успехом проводить в санаториях, где б-ой проводит все время своего лечения, но это неприменимо к ночным санаториям: не имея возможности полностью оценивать и учитывать фактор P, ибо больные на работе находятся вне нашего наблюдения, что совершенно лишает нас возможности оценивать трудовые процессы в смысле учета

*) А. И. Рубель. „Руководящие данные при устройстве лечебных трудовых колоний для легочных туберкулезных б-ных“. Врач. Газета №№ 10, 11, 1922 г.

затрачивания энергии, мы вынуждены особенное внимание обращать именно на упомянутую триаду, мы вынуждены перенести центр тяжести при лечении наших больных в Ночном Санатории, на предоставление б-ым свежего воздуха усиленного питания и максимума покоя.

Фрамуги в окнах всегда в санатории открыты или полуоткрыты, за исключением особенно холодных дней зимой. Вначале больные, не привыкшие к пребыванию в атмосфере прохладного воздуха, пытаются противодействовать проведению этого мероприятия, но настойчивость наша в этом деле побеждает: больные легко привыкают к свежему, прохладному воздуху, и попытки наши, к концу пребывания больных в санатории, закрывать фрамуги вызывают со стороны большинства б-ых протест и заявления, что им „нечем дышать". Помимо того больные проводят как можно больше времени во дворе и саду Санатория. Из других физиотерапевтических методов в санатории систематически применяется гидротерапия. С обтираний и душа (для кого это не противопоказано) больной и начинает ежедневно свое лечение в санатории.

Для проведения усиленного питания в санатории отпускается достаточно средств, больным обеспечен вкусный, питательный и разнообразный стол.

Прием пищи в санатории распределен следующим образом:

Утром, перед уходом на работу, горячий завтрак, какао или кофе.

На производство с собою б-ой получает сухой завтрак и бутылку кефира.

По приходе с работы, б-ые получают плотный обед из 3-х блюд, кефир.

В 9 ч. вечера легкий ужин, кефир, какао; перед сном стакан молока. Количество калорий доходит до 5500—6000 brutto.

Для уменьшения фактора P из приведенной выше формулы Gottsteina в санатории создаем для больных, независимо от характера и формы процесса в легких, максимум покоя, имея в виду то обстоятельство, что больные приходят с работы усталые от физического труда.

С другой стороны, при учете расхода сил в организме б-го, необходимо считаться не только с физической, но и психической жизнью б-го, с затратой не только физической, но и нервно-психической энергии его. Б-ой, проводя свободное от работы время в санатории, вдали от повседневных забот и невзгод, связанных с семьей, получает тот душевный покой, который так ему необходим.

В каждой партии больных имеется некоторое количество бацилловыделителей. Перед нами с первых же дней работы встал вопрос, следует ли отделять в санатории больных, с открытыми формами ТВС, от больных с закрытыми, и то, как это провести в жизнь. Здесь выплывает вопрос о суперинфекции. На германском с'езде по туберкулезу в Кобурге 26—29 мая 1924 г. вопрос этот подвергся всестороннему обсуждению в докладе Grass'a и прениях по этому докладу *). На с'езде мнения по вопросу этому разошлись и он остался не разрешенным: Ulrici, Ritter энергично возражали против боязни опасности суперинфекции в санаторных учреждениях, Petruschky же, Bvaeuning настаивали на существовании этой опасности. Приходится остановиться на условной изоляции и применению некоторых предупредительных мероприятий.

*) „Zeitschrift für Tuberculose". B. 40, Erg. Heft 7. Sept. 1924 г.

В Ночном Санатории свелось это к следующему: бацилловыделители помещаются в отдельные палаты, в столовой сидят они за столиками отдельно от прочих больных, столовая посуда, ложки и вилки, после каждого приема пищи кипятятся в особом баке, специально для этого приспособленном. Мероприятиями этими, конечно, преследуются преимущественно гигиенически-воспитательные цели.

Эта-то гигиено-воспитательная работа красной нитью проходит через всю деятельность Ночного Санатория.

Начиная от образа жизни больного в Санатории (режим, постоянное требование считаться с возможностью инфекции, тщательное наблюдение за чистотой тела, закаливание организма) и кончая мельчайшими особенностями постановки работы в Санатории, все расчитано на то, чтобы придать Санатории характер школы наглядного обучения правилам гигиенического образа жизни. Большая роль во всей этой глубокой воспитательной работе принадлежит, конечно, тубпросветительной работе, в которой Sell видит „душу борьбы с туберкулезом". По субботам больным читаются лекции как по туберкулезу, так и на общегигиенические темы, при чем в процессе изложения последних всякий раз затрагивается проблема туберкулеза. Б-ой приобретает в Санатории правильное представление о своей болезни и критическое отношение к ней и мерам профилактики. Ночной Санаторий, помимо его большого значения лечебного, профилактического и общественного, приобретает еще характер практической школы для подготовки больных к проведению в дальнейшем „домашнего санаторного лечения"; для нас является существенным тот факт, что уроки гигиены, которые преподаются б-ому в Санатории, постепенно прививаются ему и переносятся им в семью, в домашнюю обстановку, в последующую жизнь. У нас имеется достаточно фактов, когда больные, по возвращении из Санатория домой, пытались перенести в свой быт все те здоровые гигиенические навыки, которые они приобрели в Санатории, став более требовательными в отношении чистоты воздуха и всей окружающей обстановки.

Если шестинедельное пребывание больных в Ночном Санатории оказывается достаточным для соответствующей их обработки, в смысле прививки им правил здоровой жизни, то, зачастую, этот срок оказывается недостаточным для закрепления тех результатов, которые достигаются в отношении повышения работоспособности и устойчивости организма больного в борьбе с болезнью. Достигаемые шестинедельным курсом лечения результаты становятся иногда нестойкими, благодаря тому, что они своевременно не закреплены и улучшение в состоянии здоровья б-го не успело приобрести устойчивого характера. Правда, некоторых больных удалось задержать в санатории до 8 недель и больше, но это часто бывает затруднительным. Общее впечатление, на основании полугодовой работы таково, что необходимо удлинить срок пребывания в санатории для всех больных до 8 недель. В таком духе, на основании опыта работы ночных санаториев в СССР, высказался 3-й с'езд по борьбе с туберкулезом в следующем своем постановлении: „Срок пребывания больного в Ночном Санатории не менее 2-х месяцев в обстановке..." *).

Иллюстрацией того, насколько важно иногда индивидуально удлинить срок пребывания б-го в санатории, может послужить приводимая краткая история болезни.

*) Постановление 3-го Всесоюзного с'езда по борьбе с туберкулезом, п. VIII, т. 67 Вопросы туберкулеза" № 5—6 1924 г.

„Больная С. С., 25 лет, наборщица в типографии, поступила в Ночной Санаторий 10/VI 1926 г., с жалобами на резкую общую слабость, головную боль, боль в груди, кашель с необильной мокротой, резкое исхудание (за последний год убыль веса—22 ф.), по вечерам повышение температуры до 37,3°—37,5°, боль в верхней части живота и правом подреберьи, поносы, рвоту временами, большею частью после приема пищи.

В детстве перенесла корь и скарлатину, в 1915 году — воспаление легких.

Со стороны наследственности ничего особенного не отмечает.

Условия жизни в детстве были удовлетворительные. Вступила в брак на 18-ом году жизни; имеет 2-х детей здоровых, беременностей и родов было 2, нормально протекавших. Б-ная все время работала, хотя последние годы чувствовала себя слабой.

Осенью 1924 г., при массовом обследовании печатников тубдиспансером, б-ная была мною назначена на амбулаторное лечение в диспансере: у нее был обнаружен продуктивный процесс в части верхней доли правого легкого и бронхоадент. T° по вечерам повышалась часто до 37,2°—37,3°. Вскоре б-ная была отборочной комиссией направлена для курортного лечения на южный берег Крыма, где б-ная поправилась: прибыла в весе, стала себя чувствовать бодрее и более работоспособной. Через пару м-цев, по возвращении из Крыма, б-ная стала себя плохо чувствовать, стала убывать в весе, по вечерам t° держалась субфебрильной, достигая временами 37,5°. Больная продолжала являться на амбулаторный прием в диспансер, временами бывала вынуждена оставлять работу. Летом 1925 года некоторое время отдыхала, после чего чувствовала себе некоторое время удовлетворительно, затем опять наступило прогрессивное падение веса (22 klg. за последний год), субфебрильная t° по вечерам, работоспособность падает. За пару месяцев до поступления в санаторий ко всем этим явлениям присоединилась боль в верхней части живота, особенно в правом подреберьи, в самое последнее время—рвота, главным образом, после приема пищи.

При об'ективном исследовании в санатории 10/VI 1926 г. обнаружено:

Б-ная выше среднего роста, кожа бледной окраски, питание понижено, форма грудной клетки плоская, над и подключичные ямки запавшие, мышцы тела и грудные железы слабо развиты. Вес тела 52,0 klgr.

Легкие: с обоих сторон притупление до 2 ребра спереди, Sp. Scapulae сзади, справа интенсивнее, на месте притупления и в межлопаточном пространстве справа до нижней трети лопатки, слева до половины лопатки дых. с бронхиальным оттенком и продолженным выдохом и влажные хрипы; спереди с обоих сторон на уровне сосков саккадированное бронхиальное дыхание и влажные хрипы, звучные; слева сзади в области нижней доли редкие вл. хрипы; справа по l. l. axillares ant. и media внизу шум трения плевры, края легких при вдохе расправляются удовлетворительно.

Сердце—отклонений от N не представляет.

Органы пищеварения: боль в подложечной обл. и правом подреберьи при пальпации и перкуссии. В области желудка болезненных точек нет; печень прощупывается по l. parasternalis на 1 палец ниже правой реберной дуги, болезненна и плотной консистенции; при поколачивании по правому подреберью—болезненность; при перкуссии под

правой реберной дугой на высоте вдоха боль резко усиливается. В правой подвздошной области уплотнений не обнаружено, apendix не прощупывается.

Исследование желудочного сока:

Натощак добыто 25,0 содержимого.

своб. hcl 22

общ. кисл. 44

Проба с иодом на минимальную задержку пищи в желудке отрицательная.

После пробного завтрака добыто 90,0 содерж. плотных

остатков 35,0

своб. hcl 28

общ. кисл. 48

под микроскопом дрожжев. грибки, крахм. зерна.

При исследовании мочи—реакция на уробилин (по способу, предлож. проф. Гауссманом) положительная.

Поставлен был диагноз; Tbc. pulm. utr. prod.—nod. Subcomp. B II, Hepatitis toxica и рефлекторная гиперсекреция.

На консультации проф. Ф. О. Гауссман подтвердил диагноз.

Были назначены грелки на область печени и гигиено-диэтическое лечение.

В санатории боль в правом подреберьи временами стихала на короткий срок. t° доходила до N с тем, чтобы через некоторое время явления эти появились вновь; временами t° по вечерам доходила до 37,7°. Вес б-ной постепенно падает—3-VII вес—50,8 klgr.

20/VII—в правом легком вл. хрипов несколько меньше, боль в правом подреберьи менее интенсивная, рвота лишь изредка, вес—51,0 klgr.

Больная оставлена в санатории еще на 6 недель.

С 20-х чисел июля самочувствие больной начинает улучшаться более заметно, боль в правом подреберьи постепенно исчезает, рвота прекращается, вл. хрипов в легких становится несколько меньше, t° с 29-VII устанавливается в норме, лишь иногда повышаясь до 37,2°—37,3°, а с 20-VIII окончательно становится нормальной. Вес постепенно возрастает, дойдя до 4I-X до 55,0 klgr. Уробилин в моче исчезает.

С 24-VII—осторожное введение под кожу АТ, начиная с 0,1 разведения VII.

5-IX—выписывается. Самоч. хорошее, боль в подложечной области и правом подреберьи исчезла; рвота совершенно прекратилась, в легких влажных хрипов меньше, слева, спереди, на уровне соска дых. жесткое, влажные хрипы исчезли; уробилин в моче не обнаруживается.

До 6-X является 2 раза в неделю в санаторий, получая ин'екции под кожу АТ; доведено до 0,15 разведения V.

Самочувствие хорошее, настроение бодрое, продолжает работать, работоспособность удовлетворительная; хрипов в легких становится все меньше, вес продолжает возрастать и дома: 6-X вес=56,0 klgr.

В сентябре направлена для курортного лечения на южный берег Крыма; наблюдения прервались до возвращения б-ной с курорта.

Если бы б-ная не была оставлена 20-VII еще на 6 недель в санатории или была бы выписана по истечении 8 недель, то она покинула бы санаторий или вовсе без улучшения, или с еле-заметным не

стойким улучшением; продление же срока лечения б ной дало возможность окрепнуть до того, что и по выписке из Санатория она продолжает успешно вести борьбу с болезнью.

Приведенная краткая история болезни б-ной С.С. и другие могут, кроме того, явиться прекрасным показателем того, насколько ночные санатории вполне оправдывают себя не только как учреждение санитарно-гигиенического воспитания, предупреждающее дальнейшее развитие туберкулезного процесса, но и как учреждения лечебные, способствующие улучшению туберкулезного процесса и восстанавливающие трудоспособность б-ного.

Переходя к изложению достигнутых за полгода работы результатов позволю себе вкратце дать характеристику непосредственных результатов от пребывания б-ных в Ночном Санатории:

1. Улучшение самочувствия, повышение работоспособности отмечено у 72 больных, что составляет 67,3 проц. всего количества б-ных.

2. Прекращение ночных потов отмечено у 46 б-ных—43 проц.

3. Прибыли в весе:

до 1	klgr.	11	больных—	10,3	проц.	всех	больных
„ 2	„	23	„	21,5	„	„	„
„ 3	„	19	„	17,76	„	„	„
„ 4	„	21	„	19,63	„	„	„
„ 5	„	15	„	14	„	„	„
„ 6	„	5	„	4,67	„	„	„
„ 7	„	2	„	1,87	„	„	„
больше 7	„	2	„	1,87	„	„	„

4. Улучшение об'ективных данных отмечено у 39 больных, что составляет 36,45 проц. общего количества больных.

Изменение об'ективных данных в сторону улучшения выразилось, главным образом, в изменении дыхательных шумов в легких, исчезновении или уменьшении количества хрипов в легких, установление t° в пределах нормы у б-ных, поступивших с субфебрильной t°; у некоторых больных отмечено исчезновение бацилл Коха в мокроте, у нескольких—прекращение кровохарканья.

9 больных, что составляет около 8 проц. всего количества б-ных, при выписке остались приблизительно в том же состоянии, как при поступлении, т. е. остались „без перемен“. Случаи эти почти все должны быть отнесены к группам BIII и BII, не подходящих для лечения в Ночном Санатории.

Учесть отдаленные результаты пребывания больных в санатории в настоящее время не представляется возможным. Для учета отдаленных результатов и закрепления результатов санитарно-гигиенического воспитания б-ных необходимо особенно внимательное отношение к этим больным со стороны диспансера, куда эти б-ные возвращаются из Санатория, и углубленная работа сестер-обследовательниц диспансера, которые должны систематически посещать б-ных после возвращения их из Ночного Санатория и продолжать у больных на дому воспитательную работу.

Небольшое, сравнительно, количество больных и непродолжительное время (6 месяцев), не позволяют, конечно, делать определенные исчерпывающие выводы, однако и этот небольшой, сравнительно, материал уже дает возможность сделать некоторые организационные выводы:

1. Нелишне еще раз подчеркнуть, что Ночные Санатории вполне оправдали себя, как лечебное, профилактическое и воспитательное учреждение.

2. В виду экономической выгодности Ночных Санаториев по сравнению с санаториями местного значения и курортами и значение их для органов социального страхования, как меры, предупреждающей трату средств по временной нетрудоспособности,—с одной стороны, и наличие большого количества больных, нуждающихся в этом именно виде помощи,—с другой стороны, необходимо расширить Ночной Санаторий в Минске, хотя бы до 60 коек на первых порах.

3. Общий срок лечения б-ных в Минской Санатории необходимо удлинить до 8 недель, оставив за санаторией право ходатайствовать об индивидуальном продлении этого срока в отдельных случаях.

4. Необходимо в Минске упорядочить дело отбора больных туберкулезом для санаторного, курортного и больничного лечения, сосредоточив это дело в тубдиспансере.

5. Необходима особенно углубленная работа сестер-обследовательниц диспансера среди больных, прошедших через вспомогательные учреждения последнего.

Впечатления и итоги хирургической работы в Горецкой районной больнице летом 1926 г.*).

Ассистент I хир. клин. Б.Г.У. **И. М. Перельман.** *(Минск).*

В связи с постановкой вопроса об улучшении и расширении медицинского обслуживания деревни в последнее время и научная хирургическая литература и хирургические с'езды уделяют вопросу „хирургия на селе“ все больше внимания.

Такие вопросы, как организация хирургической помощи для деревни, характер и размеры этой хирургической помощи, станут более ясными и конкретными, если они получат правильное научное освещение и смогут быть подвергнуты изучению и критике.

Никогда не работав в условиях участковой медицины вообще, я заранее представлял себе особенный характер хирургической работы на участке, но многие стороны и особенности этой деятельности я получил лишь возможность изучить, наблюдать, окунувшись в гущу этой жизни со всеми свойственными ей отличительными чертами.

В условиях современной белорусской действительности, настоящие хирургические отделения существуют и работают в окружных центрах—бывших раньше губернских или уездных городах,—и большая часть округов Белоруссии с полумиллионным населением в каждом из них обслуживается в отношении хирургической помощи почти одним хирургическим отделением окружной больницы. Эта явная недостаточность хирургической помощи в Белоруссии очевидна и допускала à priori наличие значительного количества нуждающихся в хирургической помощи больных в районе, обслуживаемом Горецкой больницей. Оставалось у меня сомнение относительно того, пойдут ли больные, до сих пор не обслуживавшиеся в широких размерах хирургической помощью в районе и ездившие за ней в окружной город за 50—100 верст, в достаточном количестве для операций в районную б-цу и не потребуется ли срок в несколько месяцев для пропаганды доверия к этому виду медицинской помощи среди крестьян и жителей района.

Но жизнь очень скоро рассеяла наши сомнения, и спрос на хирургическую помощь в первые же недели значительно превысил все нормы предложения ее с нашей стороны, и чем дальше—количество желавших подвергнуться хирургической помощи росло, как ком снега, и мы ясно увидели, как велика потребность населения в хирургической помощи и как мало пока сделано, чтобы удовлетворить эту нужду.

---

*) Получив предложение от завед. Оршанским Окрздравом—тов. Канторовича—организовать и развернуть хирургическую работу в Горецкой районной больнице на летний период 1926 г., я охотно принял его. Одним из мотивов, побудивших меня провести это лето за указанной работой, было желание поближе познакомиться с бытом и жизнью деревни, с особенностями медицинской и хирургической деятельности в этой обстановке. Т-щу Канторовичу, всячески помогавшему мне организовать, наладить и успешно провести эту работу, выражаю особенную благодарность.

Раньше, чем я окончательно согласился отправиться для работы в Горецкую больницу, я вместе с завед. Окрздравом за несколько недель до окончательного переезда для работы в б-це отправились в Горки осмотреть б-цу, чтобы выяснить, возможно ли вообще по условиям оборудования ее создать удобную обстановку для хирургической работы.

Горецкая б-ца расположена на возвышении в стороне от местечка; больничный двор обведен деревянным забором по краю круто обрывающегося гористого возвышения; главный больничный 2-х этажный каменный корпус красиво и живописно расположен в центре возвышающейся над окружающей местностью больничной усадьбы. Больница эта перестроена из бывшей уездной тюрьмы, и в настоящее время, кроме маленькой темной комнатушки в корридоре под лестницей с маленьким, расположенным высоко над уровнем пола, окошечком,—служившей в то время т. н. карцером для заключенных, а в настоящее время маленькой кладовки б-цы—ничего не напоминает об ее генетическом прошлом. В верхнем этаже имеются 3 прекрасных палаты на 30 б-ных и тут же с окнами, выходящими на южную сторону, помещается операционная с предоперационной, отдельная перевязочная и отдельная ванная комната, где также стерилизуется в автоклаве материал для операций, и отдельная комната для врачебного и среднего персонала. В нижнем этаже одна половина предназначена специально для родильного отделения. В другой половине—еще 2 палаты и отдельная приемная для осмотра больных, поступающих в б-цу, с отдельной ванной комнатой для мытья поступающих в б-цу больных. В этой же приемной ежедневно производятся антирабические прививки приходящим и прибывающим для этой цели из нескольких районов б-ным. Собственно районная амбулатория с аптекой и зубоврачебным кабинетом расположена в центре местечка в отдельном доме, и подлежащие приему в б-цу б-ные направляются в нее из амбулатории, кроме экстренных случаев, принимаемых непосредственно б-цей.

В отношении медицинского оборудования б-ца была снабжена настолько, что в первый же раз моего посещения с целью ее осмотра я имел уже возможность тут же, простерилизовав материал для операции в имевшемся в больнице небольшом автоклаве, произвести экстренную операцию у доставленной при мне в б-цу тяжелой больной с лопнувшей внематочной беременностью.

Кроме того, Окрздрав для полного развертывания хирургической работы ко времени моего приезда туда снабдил б-цу недостававшим инструментарием, новым операционным столом, запасом перевязочного материала и другими необходимыми предметами для хирургической работы по нашему указанию. Тот факт, что больница была в значительной степени, до моего приезда туда, снабжена достаточно и оборудована для хирургической работы, об'ясняется тем обстоятельством, что работающий в ней старый земский врач еще до моего приезда успел уже сделать первые робкие шаги на хирургическом поприще. Перспектива принять и ему участие в более интенсивной хирургической работе воодушевила его, и он с увлечением и энтузиазмом помогал и принимал самое активное участие в развернувшейся хирургической деятельности. И как заведующий б-цей, пользующийся безусловным авторитетом и уважением среди своих товарищей-сослуживцев, он делал все для того, чтобы работа эта ни на один день не приостановилась и продолжалась без перебоев. В значительной степени содействовал правильному ходу хирургической работы в б-це сработавшийся и вышколенный средний фельдшерский персонал как сознательным

своим отношением к работе, так и своей неутомимостью, и, несмотря на подчас крайнюю перегруженность работой, мне почти ни разу не пришлось слышать неудовольствие и жалобы на утомляемость и тяжесть работы, так как в условиях сельской медицины пока соблюдение точных норм рабочих часов и других условий охраны труда невозможно.

С разрешения Окрздрава со мной вместе в Горки приехала на один месяц и одна из операционных сестер клиники, приглашенная мной для того, чтобы помочь мне в кратчайший срок установить в б-це и в работе „хирургический порядок“ и поскорее привить хирургические навыки и среднему персоналу. И, действительно, в течение первого же месяца выделенная из среднего персонала фельдшерица и приглашенная в качестве санитарки для операционной и перевязочной молодая девушка настолько приучились и свыклись с хирургической работой, что после от'езда приглашенной сестры вся хирургическая работа в больнице еще более интенсивным темпом продолжалась и дальше.

Как при первом своем посещении б-цы, и во второй раз я тотчас встретил б-ного, поступившего накануне вечером в б-цу с острым заболеванием живота, корчившегося от болей в постели. Я диагносцировал у него развившийся перитонит не то аппендикулярного происхождения, не то в результате прободной язвы желудка. И на этот раз немедленно все было приготовлено к операции, которая обнаружила перитонит, вызванный прободной язвой желудка. Операция была произведена уже слишком поздно—к концу первых суток, и больной этот на завтра же скончался от продолжавшегося перитонита. Даже оба первых случая подтверждают необходимость приближения хирургической помощи к крестьянскому населению, дающему безусловно наибольший процент всех случаев, нуждающихся в экстренной хирургической помощи. Без хирургической помощи большинство этих больных, даже без установленного диагноза, погибает, не попадая, конечно в какую-либо хирургическую статистику.

На следующий день опять пришлось экстренно оперировать доставленный случай с инвагинацией кишек—у молодой женщины 30 лет. Через два дня после этого началась регулярная, стройная и интенсивная работа, протекавшая по строго установленному расписанию. Операционные дни были установлены через день, три раза в неделю; остальные дни считались днями перевязочными и амбулаторными. В дни операционные, кроме беглого обхода больных, производилось по 5—8 операций; в перевязочные дни—обход и разбор больных, все необходимые перевязки как стационарных больных, так и назначенных для перевязок амбулаторных больных; разных перевязок в перевязочный день производилось от 20—40. На амбулаторный прием являлось до 10—15 человек хирургических б-ных в первые две недели работы в б-це. Но как только первые партии оперированных б-ных выписались из б-цы—доверие крестьянства к хирургии и б-це стало быстро расти, и количество амбулаторных хирургических больных стало достигать цифры 40—50 в день, и это при том даже условии, что все б-ные по установленному порядку направлялись в б-цу для осмотра из общей амбулатории, и, таким образом, прием являлся как-бы „отфильтрованным“. Пришлось установить строгий порядок очередей на операцию, и к концу первого месяца работы очередь больных на операции была заполнена почти на месяц вперед, а в последний месяц работы нам уже причинила много забот и неприятностей необходимость сдержать поток б-ных в больницу, когда дальнейшую запись б-ных на операции

пришлось уже прекратить. К тому же еврейское население местечка и окружающих местностей, несколько более культурное и более разборчивое в смысле выбора врача, в особенности врача-хирурга, и привыкшее по всякому незначительному „хирургическому“ поводу отправляться в ближайший, расположенный в 100 верстах, губернский центр—Смоленск,—убедившись в том, что оперированные б-ные от операций не только не умирают, но здоровыми и избавленными от своих болезней выписываются из б-цы, через 1—1$^{1}/_{2}$ месяца нашей работы „признали“ меня „хирургом“ и стали добиваться тоже быть принятыми в б-цу для операций. Значительная часть этих б-ных, как незастрахованная, принималась в б-цу только за плату; больница же нуждалась в денежных средствах, так как вышла далеко за пределы своего скромного бюджета; поэтому для этих больных несколько раз были назначены, сверх очередных, еще добавочные операционные дни.

Нарушить установленную очередь или изменения ее в смысле перестановки представлялось неудобным и даже невозможным, так как б-ные точно являлись за 15—40 верст в указанное время для поступления в больницу. Строгость и точность в этом отношении с нашей стороны заставляла и б-ных быть аккуратными и точными. Большинство б-ных принималось нами в б-цу накануне операции в перевязочный день, когда оперированные б-ные выписывались из больницы, и таким образом больничные койки почти никогда не „гуляли“.

На время развернутой нами хирургической работы почти все кровати, кроме акушерских, были заняты хирургическими и оперативно-гинекологическими б-ными (кроме абразий) и, таким образом, мы располагали в среднем от 35—40 кроватей. Несколько кроватей всегда были заняты неотложными терапевтическими больными — пневмониками, маляриками и др.—и создавалось впечатление, что в терапевтических кроватях в обстановке районной сельской больницы, далеко нет такой потребности, как в кроватях хирургических и гинекологических. Соблюдая жесткий „режим экономии“ в отношении пребывания б-ных в б-це до и после операции, нам удалось за 75 дней работы пропустить через б-цу 230 б-ных, что дает в среднем 11$^{1}/_{2}$ дней пребывания в б-це на одного б-ного. Само собой разумеется, что принимались, главным образом, чистые случаи; гнойные б-ные и хроники принимались значительно реже. Вовсе не принимались больные с костным туберкулезом, которые, кстати сказать, на амбулаторных приемах поражали своей частотой. Не будет преувеличением, если отмечу, что до 25 проц. всех обращавшихся на амбулаторный прием хирургических б-ных составляли именно больные с костным туберкулезом. До такой степени костный туберкулез распространен в этом районе, что это обстоятельство обратило на себя мое особенное внимание.

Кроме заведывающего б-цей, большую часть нашей операционной страды работало со мной еще 4-5 врачей из других районов, которых Окрздрав, по их желанию, направил для временной работы в б-це, с целью повысить их хирургическую квалификацию. Само собой разумеется, что все они принимали самое активное участие в проводившейся работе, работая как ассистенты во время операций, а к концу работы ассистируя уже друг другу.

Насколько эта работа оказалась полезной и плодотворной для работавших со мной врачей,—судить не мне, но думаю, что к определенным клиническим и хирургическим навыкам она их приучила.

Не могу обойти молчанием того факта, что с одним из прикомандированных врачей, хорошо знакомым с производством клинических лабораторных анализов, нам удалось при б-це организовать

небольшую лабораторию, использовав для этого имевшийся в б-це очень хороший микроскоп, центрофугу и др., где в течение периода нашей работы было проделано много анализов мочи, желудочного сока, кала, мокроты и крови не только у стационарных б-ных, но и у многих амбулаторных б-ных. С этим же врачем мне удалось провести небольшую лабораторную научную работу по вопросу о способности крови свертываться при разных заболеваниях, в частности, при раке и язве желудка. Для этого нами особым образом была исследована кровь более чем у 60 больных как стационарных, так и амбулаторных.

Многочисленные амбулаторные приемы хирургических б-ных, да притом прошедших через общую амбулаторию, где успели уже отфильтроваться более легкие б-ные с фурункулами, панарициями, абсцессами, бородавками и разными незначительными ушибами дали возможность очень скоро составить представление об особенностях хирургической патологии среди крестьянского населения.

Подавляюще подействовало на психику огромное число б-ных с хирургическим туберкулезом костей и суставов, преимущественно в детском и юношеском возрасте.

Из являвшихся на хирургический прием 30—40 больных ¼-⅓ всего числа, как я указал уже выше, приходилась на эту группу. Как выяснилось позже, такое обилие б-ных с костным туберкулезом нельзя было об'яснить тем фактом, что первыми из всего района направились в б-цу именно б-ные с хроническими заболеваниями, в частности, с туберкулезом костей, так как количество этих больных во все время нашей работы составляло большой процент являвшихся на амбулаторный прием в б-цу. Впечатление получалось тем более тяжелое, что радикально помочь туберкулезным больным мы не были в состоянии; больные эти не могут пока получить на селе даже больничной помощи, не говоря уже о санаторной или курортной. Наложение всяких иммобилизирующих гипсовых повязок откладывалось до осени, чтобы дать возможность б-ным в летнее время использовать для лечения местного процесса природные дары—солнце и воздух. Только для больных детей и младенцев с туберкулезным спондилитом мы готовили гипсовые кроватки. О каком либо лечении вспрыскиваниями по Hotz—Грекову не приходилось и думать, так как доставлять детей этих за 15—30 и более верст, хотя бы раз в неделю, на тряских подводах в б-цу представляется очень неудобным и даже вредным для б-ных.

Из хирургических заболеваний, обусловленных сельско-хозяйственной работой крестьянства, самым распространенным является грыжа, представляющая наибольший интерес для работающего в провинции хирурга. Грыжа, благодаря своему распространению, связанным с ней неудобством для б-ных ею и часто встречающемуся ее ущемлению, чаще, чем другие хирургические заболевания, заставляет сельского врача взяться за хирургию и сделать первые робкие шаги по пути развития хирургии на селе. Благодаря такому распространению грыжевой заболеваемости среди крестьян, операция грыжесечения является наиболее частой операцией среди сельского хирургического материала. Как будет приведено ниже, операция грыжесечения составляла около 40 проц. всех произведенных нами операций.

Если грыжа является выражением недостаточности передней брюшной стенки у мужчин, то у женщин эквивалентом такой недостаточности нижней стенки брюшной полости—ее тазового дна—является выпадение стенок влагалища и матки, развивающееся в результате частых родов, сопровождающихся растяжением и разрывами тазового дна, вследствие недостаточной медицинской помощи и как следствие

тяжелого физического труда крестьянской женщины. Амбулаторный прием в течение всего времени нашей работы изобиловал больными с тяжелыми формами выпадений тазовых органов, значительно понижавших их трудоспособность и доводивших их до полной инвалидности. За короткий срок нашей работы по количеству произведенных операций выпадение тазовых органов занимает второе место. Сравнительно часто встречаются больные с ортопедическими заболеваниями, как результат спинно-мозгового детского паралича, туберкулезных заболеваний конечностей, закончившихся выздоровлением при неудобном их положении.

Обращает также на себя внимание значительное количество желудочных б-ных и, хотя показания к хирургическому лечению язвы желудка в настоящее время несколько сузились, все же к хирургическому лечению приходится нередко прибегать по целому ряду соображений, как длительное, мало поддающееся терапевтическому лечению течение заболевания, тяжелые симптомы болезни, невозможность в крестьянском быту соблюдать необходимый пищевой режим, а главное затягивающееся надолго полуинвалидное состояние б-ного. Нам за указанный период времени пришлось 5 раз оперировать по поводу каллезных язв желудка.

Нужно отметить незначительное количество аппендицитов среди крестьянского населения по сравнению с громадным количеством аппендицитов среди населения городов, что в настоящее время многими об'ясняется характером крестьянской растительной пищи, дающей большое количество неперевариваемых остатков, но мало продуктов распада молекулы животного белка, характерных для мясной пищи.

Зато два случая встретившегося острого аппендицита отличались тяжелым течением; и в первом случае при операции оказался гангренозный аппендицит, в другом же—тяжелый аппендицит с ограниченным гнойным перитонитом.

Сравнительно часто встречались раки желудочно-кишечного тракта, так 6 раз за указанный срок мы оперировали по поводу рака желудка и по столько же раз встретились неоперируемые раки желудка и пищевода. Литературные данные последнего времени указывают на повсеместное увеличение случаев рака, и нужно думать, что этот рост раковой заболеваемости относится и к крестьянскому населению.

Значительная группа больных с различными формами эпилепсии, не получая облегчения от различных мероприятий до „заговоров" включительно, надеясь получить исцеление во „всемогущем" хирургическом лечении, тщетно обращается с просьбами и мольбами к хирургу подвергнуть их любой, хотя и опасной операции, лишь бы избавиться от своей „злой" болезни.

Значительная часть обращающихся к хирургу на селе в большом числе гинекологических больных, составляют как желающие прервать уже наступившую беременность, так и стремящиеся забеременеть при длительном бесплодии. Операции—Dilatatio colli uteri et Abrasio cavi uteri—являются настолько частыми и обыденными в деятельности каждого сельского врача, что отнесение их в круг хирургических операций всегда даже делается с оговоркой.

В нашу статистику хирургических операций они по этой же причине не внесены, хотя и были сделаны в значительном количестве.

Сравнительно редко встретились случаи с варикозным расширением вен нижних конечностей и заднего прохода, что об'ясняется, повидимому, подвижным образом жизни крестьянина, хорошим кровообращением в нижних конечностях и отсутствием запоров.

Несколько раз встретились нам больные с колоссальными плотными отеками всей конечности и обширными кровоизлияниями в подкожной клетчатке в результате укуса конечностей особого вида змеями во время собирания ягод или других работ в лесу. В течение нескольких дней вся грозная картина болезни без всякого лечения проходила сама собой.

Травматические заболевания, с которыми пришлось встретиться среди крестьянского населения, не представляли собой ничего отличающего их от встречаемых нами подобных заболеваний в городской клинической больнице, в которую более тяжелые случаи травматических повреждений среди крестьянского населения попадают нередко.

Один раз в больницу была доставлена девочка 13-14 лет с тяжелым тетанусом, развившимся после незначительного колотого ранения стопы, и больная эта вечером через несколько часов после поступления скончалась.

При недостаточности медицинской помощи и низком культурном уровне населения на селе, значительное распространение имеет еще знахарство. Лечение всякой болезни начинается с хождения „по дедам“ и „по бабам“. Последние лечат не только „шептаниями“, но и различными приготовленными ими самими лекарствами. Лишь некоторые из этих методов лечения, применяемых при лечении хирургических заболеваний, могут быть обоснованы и с научной точки зрения. Большинство же носит знахарский характер; действие их может зависеть только от воздействия на психику больных. Тут же я позволю себе привести некоторые наиболее распространенные методы лечения хирургических заболеваний. При кровоточивости дают пить отвар хвоща; кровоточащую рану заливают свиной желчью, покрывают соскобом поверхности юхты, растением „надбел“, мякишем из хлеба, сажей, желтым песком или „пушкой“—особым грибом, споры которого действуют кровоостанавливающим образом.

При значительных кровотечениях перевязывают туго конечность выше раны.

Для лечения фурункула и карбункула применяются различным образом приготовленные мази: из печеного лука, растертого с мылом; из смеси пчелиного меда и пшеничной муки; подсолнечного или прованского масла, смешанного с растопленным воском, из смеси пшеничной муки и яичного белка.

Чтобы вызвать более быстрое созревание абсцесса прикладывают распаренный в молоке гриб-боровик, листья свеклы или разжеванный с солью ржаной хлеб; также прикладывают льняное семя, распаренное в молоке, меняя каждые два часа, или прикладывают мазь, приготовленную из пшеничных отрубей, соды и огуречного рассола. Если фурункул сделался мягким, то его просто раздавливают; применяется также тепло или согревающий компресс. Для отсасывания гноя на фурункул кладут листья ольхи или подорожника.

Лечение панариция („воласень“) производится следующим образом: собирают три пучка разных колосьев по 9 штук в каждом; их кладут в теплую воду, опускают туда сначала один палец, потом остальные, поливают водой пальцы и причитывают длинную молитву с очень странным содержанием. Метод этот основан на вере в то, что из заболевшего пальца должен выделиться волос и завиться на колосьях ржи.

Рожа—правильнее всякое разлитое воспаление с покраснением кожи—лечится, главным образом, „шептанием“, „заговором“.

Применяется еще следующий способ: на покрасневшую поверхность кожи кладут редкое полотно, на полотно кладут тонким слоем лен и последний зажигают, сопровождая это молитвами; иногда прикладывают ржаные отруби, мед, „блекать"—колючий дед. При ревматизме дают пить отвар брусники, водочную настойку березовых почек, или последним растирают больные суставы; распространен способ смазывания больных суставов водочным муравьиным настоем. Хорошо действует поколачивание больных суставов крапивой — „жичкой"— с мелкими листьями; растирают больные суставы нагретой смесью из сока черной редьки, спирта и прованского масла.

При туберкулезе суставов применяют лечение ваннами, причем в ванну кладут молодые хвойные побеги, березовые и ореховые листья; при золотухе — скрофулёзе—дают пить отвары, приготовленные из листьев—ореховых, смородинных; этой-же жидкостью смазывают образующиеся при золотухе язвы; последние смазывают также смесью свежевыбитого в бутылке масла со ртутью; скрофулёзные язвы головы смазывают сметаной и смазанное место дают облизывать собаке; к язвам прикладывают разжеванные орехи.

При сифилисе пьют около полугода петрушку или конопляное молоко.

Бородавки (папилломы) смазывают жидкостью, собранной с поверхности коровьего кала. Распространен еще следующий знахарский способ: на ленте завязывают столько узелков, сколько есть бородавок, и бросают на перекрестке дорог, чтобы кто-либо поднял это.

При раке берут кости задней части рака, растирают их в порошок и дают пить больному с раком; дают больному также пить свиную желчь.

При переломах смазывают больное место жиром, скипидаром, мочей; особенно распространен способ лечения переломов приемом внутрь мелкого соскоба медных монет, смешиваемого с хлебом.

При ушибах прикладывают глину, смешанную с мочей. Выше я привел лишь часть того огромного арсенала способов лечения хирургических болезней, которым так богата народная и знахарская медицина, пользующаяся значительным распространением и до сих пор в крестьянской среде.

Хирургическая работа врача на селе, по сравнению с работой хирурга в городе, отличается целым рядом особенностей; вся работа хирурга протекает под непрестанным общественным контролем; чуть ли не все село в точности осведомлено обо всех производящихся в больнице операциях, и вместе с хирургом, но, конечно, по своему, переживает все радости и печали хирургической больничной работы. Об'ясняется это как ограниченным кругом интересов жителя села и деревни, так и тем обстоятельством, что в обслуживаемом больницей радиусе почти все друг друга знают, а большинство находятся в родстве, более близком или отдаленном. Особенно остро воспринимаются как в б-це, так и окружающими, случаи смерти после операций, и такие случаи естественно отпугивают многих колеблющихся от согласия подвергнуться операции, и неоднократно приходилось из этих соображений по совету завед. больницей—опытного, хорошо знакомого с психологией окружающего населения, старого земского врача,— отказываться от некоторых тяжелых и опасных операций у обреченных без операции тяжелых больных. По этим же психологическим соображениям приходилось отказываться от производства патолого-анатомических вскрытий, и в одном очень интересовавшем меня случае я вынужден был отказаться от производства вскрытия, так как встретил

резкое сопротивление как со стороны родственников б-ного, так даже со стороны медицинского персонала.

Зато успешно закончившаяся операция превращает избавившегося от своей болезни больного в ходячую рекламу, и очень скоро больные с подобными заболеваниями являются в больницу с просьбами подвергнуть и их подобной операции. Так, после нескольких удачных струмэктомий, мне пришлось в течение одной недели прооперировать четырех больных со струмами из местечка, в котором расположена б-ца, и когда доверие к нашей работе было завоевано, к нам стали направлять больных из других районов с тяжелыми заболеваниями для операций.

Хирургу, работающему на селе, приходится иметь дело и лечить не только хирургических больных; к нему обращаются больные со всевозможными болезнями, и ему, как и всякому врачу, работающему на селе, приходится превращаться во врача-универсалиста, тем более, что, по мнению крестьянского населения, врач, „режущий“ больных, „знаком со всякими болезнями и знает все лучше врачей, лечащих только лекарствами“; очень скоро специалисту-хирургу, столкнувшемуся с реальной действительностью в крестьянской обстановке, приходится, конечно, стать и хирургом-гинекологом, ушником и глазником, так как подавляющее большинство б-ных, с большими для себя трудностями, может воспользоваться квалифицированной помощью в отдаленных иногда на сотню верст, губернских или окружных центрах.

Все изложенное выше создает для врача-хирурга обстановку, при которой он быстро может завоевать доверие населения и развить интенсивную и увлекающую его работу.

В проведенной нами в течение 2½ месяцев летом 1926 г. в Горецком районе хирургической деятельности, мы видим подтверждение вышеизложенной мысли. Ниже я позволяю себе в кратких чертах охарактеризовать эту работу, из которой явствует как та значительная потребность в хирургической помощи, так и тот крупный интерес работы на селе для хирурга при правильной организации этой работы.

Подробный отчет и разбор всего материала не составляют цели настоящей статьи, но приводимые ниже таблицы обрисовывают многогранный характер этой работы, при которой возможно достижение значительных успехов в лечении хирургических заболеваний.

Кроме заведывающего больницей и меня, в работе принимало активное участие, как я указывал выше, еще 4 районных врача, командированных с целью совершенствования на временную работу в больнице из других районов.

За указанный период нами произведено 255 средних и крупных операций, не считая мелких операций, производившихся амбулаторно и не вносившихся в операционный журнал. Эти 255 операций были произведены у 230 больных.

Все больные разделяются:

По полу:

Мужчин . . .	123 чел.
Женщин . . .	107 „
Всего .	230 чел.

По возрасту:

До 1 года	9
От 1 до 10 лет . .	30
„ 10 „ 20 „ . .	23
„ 20 „ 40 „ . .	63
„ 40 „ 50 „ . .	31
Свыше 50 лет . .	47

(В остальных случаях возраст не указан),

На возраст до 10 лет приходится 39 больных. Большая часть их была оперирована по поводу грыжи.

Что касается обезболивания при операциях, то нижеследующая таблица в достаточной степени выясняет эту сторону работы:

1. Под общим наркозом оперировано	75	больных	
2. „ местной анэстезией . . .	98	„	
3. Местная анэст.+общий наркоз .	4	„	
4. Поясничная анэстезия	26	„	37
5. „ „ +общий наркоз .	6	„	
6. „ „ +местн. анэст. .	5	„	
7. Rausch	8	„	
8. Анэстезия n Splanchnisi по Braun'y .	2	„	
9. Без анэстезии	6	„	
Итого . . .	230	больных.	

Таким образом только $1/3$ всех больных оперировалась под общим наркозом.

Кроме нескольких случаев легкой асфиксии во время общего наркоза, мы имели случай полной остановки сердца и дыхания в начале операции при хлороформенном наркозе. Как ultimum refugium мы применили впрыскивание адреналина в сердце; немедленно появился пульс и больной опять ожил*).

Большая часть операций была произведена под местной анэстезией (102 опер.); 37 раз была применена поясничная анэстезия (1—$1^1/_2$ к. с.—4 % Novokain'a); в 11 случаях из них пришлось прибегнуть к добавочной местной анэстезии или к общему наркозу; из остальных 26 случаев люмбальной анэстезии она оказалась полной только 16 раз, неполной 8, вовсе не удалась 2 раза. По отношению ко всему числу ее применения—к 37 случаям—полной она оказалась меньше, чем в половине всех случаев.

Из осложнений при люмбальной анэстезии, кроме 1-2 легких колляпсов во время операции, нужно отметить появление во многих случаях упорных головных болей, державшихся в течение многих дней после операций.

2 раза была применена Splanchnicus—анэстезия при резекции желудка по поводу рака его, в обоих случаях анэстезия была вполне удовлетворительной.

---

*) Сообщение об этом случае принято к напечатанию во „Врачебной газете" 1927 г.

Все количество оперированных б-ных, мы по топографическому признаку распределили на следующие группы:

I.	Больных с заболев.	головы	19
II.	„ „ „	шеи	13
III.	„ „ „	груди	6
IV.	„ „ „	живота	119
V.	„ с гинекол.	заболев.	23
VI.	„ с заболев.	конечностей	28
VII.	„ „ „	почки, rectum, промежн. и др.	20

Большую половину, даже без гинекологических заболеваний, составляют больные с заболеваниями живота.

Ниже мы помещаем таблицы с перечнем наиболее многочисленных и интересных клинических заболеваний по отдельным только что приведенным группам больных.

I. Операций на голове (череп и лицо)—19:

Трепанаций черепа	2
Osteomyel. нижней челюсти	2
Рак нижней губы	2
Заячья губа	3
Слоновость верхн. губы	1
Остеомиэл. носов. костей	1
Ангиома затылка	1
Дермоидн. киста в углу глаза	3
и друг.	4

Из больных этой группы обратил на себя внимание мальчик 5-6 лет с резко утолщенной, закрывавшей собой как ротовую щель, так и частично нижнюю губу, верхней губой. Пластическая операция (иссечение срединного клина из всей губы и 2-х клиньев из толщи оставшихся половин) почти совершенно устранила имевшийся дефект.

II. Операций на шее—13:

Зобов	8
Phrenicoexairese	1
Друг.	4

Из 13 операций на шее, 8 было сделано по поводу зоба у 7 женщин и 1 мужчины. В последнем случае—у крестьянина 65 лет зоб, по указанию б-ного, вырос только в течение последних трех месяцев, до величины с большой мужской кулак справа на шее со смешением сосудов шеи, отчего допускалось даже злокачественное новообразование щитовидной железы, но операция оказалась сравнительно легкой и обнаружила простое коллоидное перерождение правой доли щитовидной железы.

К этой группе относится также операция Frenicoexairese—как предварительный акт перед операцией торакопластики по Sauerbruch'у.

III. Всего операций на грудной клетке—6:

Торакопластика	2
Рак грудной железы	1
Другие опухоли	3

В одном случае операция торакопластики по Sauerbruch'у была произведена у молодой крестьянки, девушки 20 лет, с тяжелым односторонним туберкулезом левого легкого. Были налицо все показания для коллапсотерапии. Но так как больная эта по материальным и бытовым условиям никак не могла бы воспользоваться соответствующим лечением—пневмотораксом в крупном городе, то ей только по этим

социальным показаниям была произведена, с хорошим ближайшим результатом операция торакопластики по Sauerbruch'у, с иссечением 10 ребер. В другом случае была произведена операция торакопластики по Scheede с иссечением 6 ребер при застарелой эмпиэме у молодого парня 19 л.

IV. Операций на животе—119.

Операц. на желудке—13.	Gastro-enter при язве желудка	5	
	Пилоропластика	3	
	Рак желудка	6	(3 резекции). (2 Exitus)
Перитонит при прободной язве желудка		2	(2 Exitus)
Субдифрагмальный абсцесс после прободной язвы желудка		1	(Exitus)
Ложная миксома брюшины		1	
Опухоль (липома) брюшной стенки		1	
Рак печени и брюшины		1	(Exitus)
Аппендицит		9	(2 остр., 7 хронническ.)
Удаление аппендикса при других лапаратомиях		7	
Операция при грыже		80	
Инвагинация		1	
Удаление желчного пузыря		2	

Все операции на желудке были произведены под местной анэстезией одной только брюшной стенки. Только при резекции желудка 2 раза была присоединена анэстезия n. Splanchnici по Braun'у, а в 3-ем случае—общий наркоз. Пилоропластика была произведена 2 раза у 2-х пожилых женщин при предполагавшемся клиническом диагнозе—раке желудка—на основании анамнеза, жалоб и исследов. желудочного сока. Оба раза при операции ничего особенного не было обнаружено, кроме опущения желудка в одном случае, и в обоих случаях была только произведена операция. Pyloromyotomia по Брайцеву—Payr'у.

Из 3-х случаев резекции желудка при раке (все случ. у женщин) поправилась после операции 1-ая больная: через 2 месяца после операции б-ная чувствовала себя вполне удовлетворительно, но через 4-5 месяцев, как я потом узнал, все же погибла от метастазов. 2-ая б-ная погибла через 17 дней после операции от внезапного желудочного кровотечения, а 3-ья погибла на завтра после операции от послеоперационного шока и слабости.

2 случая операций по поводу прободной язвы желудка (через 24 и 10 часов) погибли от перитонита.

Случай оперированного правостороннего поддиафрагмального абсцесса, развившегося в результате прободения язвы желудка, вернее язвы duodeni—окончился смертью б-ного от острого кровотечения язвы через 3 недели после вскрытия абсцесса.

Один раз произведена операция по поводу т. н. ложной миксомы брюшины. Случаи эти очень редки. При операции был взят кусок резко измененного сальника для микроскопического исследования. Последнее подтвердило предположенный диагноз.

Всего по поводу аппендицита произведено 9 операций: 2 раза операция произведена при остром аппендиците; в одном из них оказался тяжелый гангренозный аппендицит. Остальные 7 случаев относятся к хроническому аппендициту. Кроме того, Appendix 7 раз удалялся при других лапаратомиях. Один раз пришлось оперировать

экстренно по поводу тяжелой инвагинации части тонкой, coeci colon ascendens и части Col transversum в нижележащую часть толстой кишки, причем инвагинат прощупывался при исследовании пальцем per rectum. Во время операции удалась постепенно—приемом выдаивания произвести все же дезинвагинацию кишки. Удаление желчного пузыря было произведено 2 раза, причем в последнем случае диагносцировался хронический аппендицит на основании типичных припадков в анамнезе с локализацией болей в правой подвздошной впадине. При операции обнаружен и оставлен нетронутым совершенно нормальный Appendix, а из продолженного кверху Lennander'овского разреза произведена cholecystectomia.

По поводу грыж подверглось операции 80 больных, которым произведено 99 операций. Все больные выздоровели. Серьезных осложнений в послеоперационном течении мы не наблюдали. Нагноение с частичным или полным расхождением раны наблюдалось 4 раза, не считая случаев, в которых наблюдалось точечное нагноение в коже в местах вкола и выкола иглы.

Данные относительно характера грыж, методов обезболивания при операциях грыж и возраста больных помещены в приводимых ниже таблицах: операции при грыжах:

I. Неущемленные грыжи.

	Паховые грыжи			Бедренные грыжи		Herniae lin alba et umbilic	Рецид. грыжи пахов	Всего
	dext.	sinist.	bilateral.	dext.	sin.			
Муж.	21	13	14	—	—	1	3	52
Жен.	3	4	5	3	1	6	1	23

Итого . . . 75

II. Ущемленные грыжи.

	Пахов. грыжи		Бедр. грыжи		Всего
	dext.	sinist.	dext.	sinist.	
Мужчин	1	1	—	—	2
Женщин	1	—	2	—	3

Итого . . . 5

Анэстезия при операциях грыж:

Общий наркоз 23
Местная анэстезия . . . . 42 (Неполн. 2)
Люмбальная анэст. . . . . 12 („)
„ „+-местн. . . . 13

80

Возраст б-ных:

До 1-го года . . . . . . 8 }
От 1-го до 5 лет . . . . . 10 } 21
„ 5 „ 10 „ . . . . . . 3 }
„ 10 лет и выше остальн. случаи

Общий наркоз был применен 23 раза, почти исключительно у детей, которых, как показывает последняя табличка, в возрасте только до 10 лет, в нашем материале было 21. Кстати отметим, что операции подвергались только дети со значительными грыжами, имевшими тенденцию увеличиваться. В одном случае мы оперировали ребенка 2-х лет с двухсторонней пахово-мошоночной грыжей, доходившей до колен. Послеоперационный период у них протекает удивительно легко, и последнее время мы сделали попытку оперировать их, по совету какого-то английского автора, почти амбулаторно, т. е. ребенок приносился в день операции своей матерью на операцию, после которой ребенок отпускался домой на 4-5 дней—до снятия швов.

V. Всего гинекологических операций сделано—23.

Операция по Wertheim'у при Cancer uteri	1
Ventrofixatio uteri при prolapus uteri и при Retroflexio uteri	13
Внематочная беременность	1
Кольпорафии и проч.	8
	23

Как я указывал выше, среди крестьянских женщин наиболее распространенным заболеванием, требующим хирургического лечения, является опущение и выпадение стенок влагалища и матки. Подавляющее количество всех операций падает именно на эту группу заболеваний. Операции эти произведены нами почти все под люмбальной анэстезией.

VI. Операции на почках, прямой кишке, мошонке—20.

Удаление почки	1
Пришивание почки	3
Ампутация прям. кишки при раке	2
Геморрой	3
Полип прямой кишки	2
Гангрена мошонки	1
Hydrocele и др.	5

Операция удаления почки при туберкулезном ее поражении была произведена на основании клинических симптомов болезни (длительность болезни, цистит, гематурия, болезненная и несколько увеличенная почка) без функционального исследования второй почки, но при предварительном осмотре предполагавшейся здоровой почки во время операции путем ее обнажения через поясничный разрез. Удаленная почка обнаружила типичное туберкулезное поражение с кавернами, наполненными распадом.

Nephropexia блуждающей почки была 3 раза произведена по Федорову.

VII. Всего операций на конечностях сделано—28.

Ортопедические операции	пересадки сухожилий	5
	остеотомии	2
	артродез колена	1
	tenotomia	1
Ампутация стопы по Пирогову		1
Операция Zeriche'a		1
Остеомиэлиты		4
Слоновость одной конечности		1
Опухоли конечностей		5

Тяжелое положение детей, одержимых последствиями перенесенного спинно-мозгового детского паралича, ставит хирурга в необходимость производства ортопедических операций и в условиях сельской б-цы. Операции эти произведены при параличе четырехглавой мышцы бедра и отдельных мышечных групп, управляющих движениями стопы. Остеотомия сделана у мальчика 13 лет с тяжелым двусторонним crus warum.

Среди этой группы б-ных интересен редкий случай хронического остеомиэлита лопатки. При операции была произведена ампутация лопатки ниже Spina scapulae, так как старый остеомиэлитический процесс вызвал тяжелые разрушения во всей нижней ее половине.

При резко-выраженной слоновости всей нижней конечности была мной в несколько приемов произведена операция иссечения части кожи и резко утолщенной клетчатки из тыльной поверхности стопы и задней поверхности голени—и прокладывание дренажа из толстой шелковой нитки из подкожной клетчатки бедра в нормальную подкожную клетчатку живота. После всех этих операций, сделанных в 3 темпа, получился удовлетворительный результат.

Из опухолей конечностей обращает на себя внимание случай громадной, величиной с детскую голову, обизвествленной липомы левого плеча.

На все количество оперированных случаев мы имели 8 смертных исходов: 3 смерти от перитонита на почве прободения язвы желудка, 2 смерти после резекции желудка по поводу рака его, один случай смерти от кахексии после пробной лапаротомии по поводу распространенного рака брюшной полости, смерть после трепанации черепа при огнестрельном ранении черепа и мозга и, наконец, смерть, как я предполагаю, от септического остеомиэлита поясничного позвонка после не увенчавшейся успехом попытки подойти к больному позвонку. Анамнез и течение заболевания заставляли допустить диагностику остеомиэлита позвонка. Больной мальчик 12 лет очень скоро погиб при явлениях присоединившегося менингита; к сожалению, как я указывал выше, вскрытие не могло быть произведено.

Проделанная работа доставила нам полное моральное удовлетворение, тем более, что параллельно с ней мы имели возможность проводить наблюдения над действием пилокарпина при послеоперационных задержках мочи, аутогемотерапии при послеоперационных легочных осложнениях и провести, наконец, с работавшим в качестве лаборанта при б-це д-ром Родиной скромную лабораторную работу о способности крови свертываться при различных заболеваниях, в частности при раке и язве желудка.

Понесенный нами труд да послужит к укреплению и более широкому развитию хирургической работы в Горецкой районной больнице.

Обзор эпидемического состояния Гомельского округа.

Л. С. Марголин.

Гомельский округ, имеющий 9 районов, насчитывающий 248 сельсоветов и 23 медучастка (19 врачебных и 4 фельдшерских), обнимает площадь в 7458 кв. километров.

Населения в округе числится: городского в г. Гомеле с Ново-белицей—82.452 (в гор. Гомеле,—73.393, в Ново-Белице—9.059) и в поселениях городского типа—15.525, всего 97.977; сельского—302.936. Всего в округе—400.913.

Пространство большинства районов 503—804 кв. в. Радиус от районного центра 13—16 верст. Плотность населения 54 на кв. версту.

Почва в Гомельском округе суглинистая и песчаная; обширные пространства заняты торфяными болотами.

Помимо земледелия, являющегося основным промыслом преобладающего большинства населения, в Гомельском округе развиты еще некоторые виды промышленности: производство писчебумажное (Добруш), спичечное и древообделочное (Ново-Белица) с предприятиями более или менее крупного масштаба, из которых некоторые насчитывают свыше 1.000 рабочих, а также кожевенное, портняжное, сапожное и др., представленные мелкими предприятиями кустарного типа.

Всего рабочих в округе насчитывается: занятых в цензовой промышленности—3.150, в кустарной—4.200.

Застрахованных в округе числится: лиц, занятых в промышленности и других застрахованных—5.700, находящихся на их иждивении—9.000, что составляет около 3,5 процента всего населения округа.

Как видно из прилагаемых при сем таблиц I и II, эпидемическое состояние округа за истекший 1926 г. в общем представляется благополучным. Эпидемии, в собственном смысле слова, в округе нигде не было: наблюдались лишь в разных селениях отдельные, спорадические случаи остро-заразных заболеваний. Принимавшимися мерами все легкие вспышки остро-заразных заболеваний более или менее быстро ликвидировались.

В частности, движение отдельных заразных болезней представляет в отчетном году нижеследующие особенности.

Тифы паразитарные и брюшной обнаруживают характерное циклическое течение.

Кривая *сыпного тифа* (табл. 1), протекая в течение 1-го квартала на низком уровне (3), в течение 2-го и 3-го кварталов резко поднимается вверх (45 и 80), после чего в течение 4-го квартала круто падает вниз (4). Наиболее высокие цифры (табл. II) приходятся на районы: Уваровичский (37), Светиловичский (31) и Чечерский (24), наиболее низкие—на Носовичский, Красно-Будский и Гомельский (1, 2, 1).

Обозревая движение сыпного тифа по годам за последние 4 года (таблица 3), приходится отметить: 1) общую тенденцию к падению (351, 348, 111 и 132), в частности за 1925 и 1926 г. г. снижение на 60%, сравнительно с 1923 и 1924 г. г. (111 и 132 против 351 и 348) и 2) некоторую неустойчивую стабилизацию за 1925 и 1926 г. г. (111 и 132).

Возвратный тиф обнаруживает, сравнительно с сыпным тифом, (табл. 1) более короткий цикл развития: поднявшись в течение 1-го квартала на небольшую высоту (15), он в течение 2-го квартала делает такой же под'ем вверх (33), чтобы затем в течение 3-го и 4-го кварталов круто спуститься вниз (2 и 1).—Случаи возвратного тифа зарегистрированы (табл. 2) в 3 районах—Уваровичском, Ветковском и Светиловичском, причем относительно наиболее высокая цифра выпадает на Уваровичский район (37). По годам (таблица 3) наиболее низкая цифра приходится на 1924 г. (14),за годы-же 1925 и 1926 отмечается снижение более, чем на 60 проц. (60 и 51).

Брюшной тиф обнаруживает довольно характерное течение. Резко поднявшись в течение 1-го квартала до цифры 73 в декабре, он затем 4 месяца—(январь, февраль, март и апрель) остается приблизительно на одном и том-же уровне, с относительно незначительными колебаниями (57, 50, 43 и 44) и затем с мая до октября медленно, с более значительными колебаниями, но в общем литически спускается вниз (30, 12, 19, 19, 24). Наиболее высокие цифры приходятся на Чечерский (78), Носовичский (64) и Светиловичский (62) районы. Ближайшей задачей будущего является дальнейшее углубление эпидемиологического обследования названных районов, в особенности-же относительно имеющихся в них условий водоснабжения.

Сравнительное изучение движения брюшного тифа по годам (табл. 3) обнаруживает известную стабилизацию его за годы 1923, 1924 и 1925 (591, 601 и 604) и снижение более чем на 30 проц. за отчетный (406).

В общем, эпидемиологическое течение тифов представляется аналогичным клиническому: в отношении тифов паразитарных, сыпного и возвратного, оно характеризуется,—резким под'емом вверх и крутым, обрывистым падением вниз; в отношении брюшного тифа—довольно резким под'емом вверх и медленным, литическим падением.

Дизентерия протекала в отчетном году на чрезвычайно низком уровне (табл. 1), обнаруживая лишь слабое повышение за последние два квартала (2, 3, 10 и 11). Относительно наиболее высокие цифры заболеваемости выпадают на Светиловичский и Дятловичский (7 и 7), наиболее низкие—на Гомельский, Ветковский и Уваровичский (1, 1 и 1) районы. Сопоставление цифр за годы 1924, 1925 и 1926 г. г. (табл. 3) дает кривую, круто падающую вниз (641, 164 и 24). Столь благополучное течение дизентерии за летние и осенние месяцы является наиболее яркою эпидемиологической особенностью отчетного года, особенно, если принять во внимание те огромные количества незрелых плодов, которые потреблялись населением округа. Очевидно, в отчетном году какие-то внешние условия, по всей вероятности, климатические (дождливое лето и осень), послужили серьезным препятствием для развития белезнетворных начал дизентерии.

После тифов наибольшее внимание в отчетном году обращала на себя *скарлатина*. В общем, ее кривая до 3 квартала (табл. I) поднимается интермиттирующе вверх и, достигнув в конце 2-го квартала высшей точки (88, 149, 196), за 4-ый квартал несколько спускается вниз (163). За октябрь она, по имеющимся сведениям, обнаруживает дальнейшее падение (45 против 52). Относительно наиболее высокие

цифры выпадают на Ветковский, Уваровичский и Добрушский (177, 143 и 85) районы, а наиболее низкие—на Гомельский и Дятловичский (15 и 15). Сравнительное обозрение цифр скарлатины за годы 1923, 1924, 1925 и 1926 (табл. III) обнаруживает постепенно прогрессирующее наростание (95, 322, 456 и 598), что, между прочим, соответствует и общему ходу движения скарлатины во всесоюзном масштабе.

Дифтерит обнаруживает за первые 2 квартала отчетного го. а (табл. I) известную стабилизацию (42 и 46), после чего в течение 2 последних кварталов проявляет тенденцию к падению (39 и 27). Наиболее высокие цифры приходятся на Ветковский и Уваровичский (34 и 20), наименее низкие—на Чечерский и Дятловичский районы. По годам цифры дифтерита обнаруживают за 3 года, начиная с 1923 года (табл. 3) резко выраженную тенденцию к наростанию (132, 180 и 281), а за отчетный год дают уменьшение почти на 50 проц. сравнительно с 1925 годом (155 против 281).

Оспа дала за отчетный год 2 случая в Дятловичском и Светловичском районах, что (считая 50—60.000 детей в округе), составляет менее—0,002 проц. и указывает на почти полный охват детского населения округа оспопрививательной кампанией. Все же обнаруженные 2 случая оспы указывает еще на наличие кое-каких групп населения, не уловленных оспопрививательной кампанией.

Корь обнаруживает, начиная с 1 квартала (табл. I), прогрессирующую тенденцию к падению (109, 84, 50 и 42). Наиболее высокие цифры (табл. II) отмечены в Светиловичском, Добрушском и Красно-Будской районах, а также в Ново-Белице (107, 47, 37 и 45), наименее низкие—в Носовичском, Дятловичском и Уваровичском (2, 3 и 4). По годам кривая кори (табл. 3) обнаруживает за 3 года, начиная с 1923 г., чрезвычайно большие скачки вверх (11, 755 и 1971) и, достигнув высшей точки в 1925 г. (1971), в отчетном году круто спускается вниз (285).

Последняя из детских инфекций—коклюш—также проявляет некоторую, хотя и неустойчивую, стабилизацию за первые 3 квартала (табл. I) отчетного года (55, 41, 55), но за 4-ый квартал делает резкий под'ем вверх (202). Наиболее высокие цифры (табл. II) отмечены в Светиловичском, Уваровичском и Гомельском районах, а наиболее низкие в Дятловичском и Носовичском (6 и 9). Сопоставление цифр коклюша за годы 1924, 1925 и 1926 (табл. 3) дает картину стремительно падающей кривой (1491, 746 и 353).

Грипп достиг значительного распространения, выражающегося цифрою 11197, что дает показатель заболеваемости—370 на каждые 10000 населения. За прошлый 1925 год отмечено всего около 7660 случаев гриппа, что дает показатель 220 на 10000 населения. За отчетный год кривая гриппа обнаруживает довольно характерное течение: поднимаясь (табл. I) в течение трех первых кварталов прогрессивно вверх (1923, 2585 и 4449), она в течении 4-го довольно круто падает вниз (2240). Наиболее высокие цифры приходятся на Ново-Белицу, Добрушский и Ветковский (2623, 1955 и 1837) районы, что вполне соответствует их топографическим и гидрологическим особенностям (низменные, сырые, болотистые местности).

Малярия дала 2091 заболеваний. Годовая кривая малярии (табл. I) обнаруживает довольно закономерное течение, соответствующее этапам развития анофелеса: дав за первый квартал цифру (200), она за зимние месяцы 2-го квартала круто спускается до цифры 90, затем за

весенние месяцы 3-го квартала еще круче поднимается вверх до цифры 1107, достигши наивысшего уровня в июне и мае (560 и 420), после чего в течение 4-го квартала довольно стремительно падает до цифры 694. Так как внешние условия для развития анофелеса в июле и августе были почти те же, что и в июне, резкое падение заболеваемости в июле и августе (331 и 245), сравнительно с июнем (560), можно отчасти приписать успешному действию хинизации, проводившейся в наиболее пораженных участках.

Общая цифра заболеваемости малярией по округу (2991) дает показатель 69 на 10.000 населения, почти в 2 раза превышающий показатель для Белоруссии (35 на 10000 населения). В сравнении с такими показателями, как 650 на 10000 населения для Закавказья и 350 на 10000 населения для Украины, малярийный индекс Гомельского округа, конечно, должен считаться относительно благополучным. Но все же малярия, как социальная болезнь, сильно дает себя чувствовать в округе, нанося ощутительный ущерб производительности труда, особенно в промышленных центрах округа. Из отдельных районов наиболее высокие цифры (табл. II) отмечены в Добрушском и Ветковском, а также в г. Новобелице (809,243 и 308) наиболее низкие в Чечерском и Красно-Будском (64 и 66), что соответствует рельефу, гидрологическим и геологическим особенностям названия местностей. Населенные пункты Добрушского и Ветковского районов, а также Ново-Белица, расположены в местностях низменных, богатых болотами; районы Чечерский и Красно-Будский занимают местности более возвышенные, сухие, с преобладающей песчаной почвой. В общем, если рассматривать движение малярии в округе по годам, (табл. III), начиная с 1924 г. обнаруживается ясная тенденция к последовательно прогрессирующему снижению (3108, 2888 и 2091).—Борьба с малярией проводится путем хинизации и санпросветительной обработки населения. Широкие социально-гигиенические мероприятия—мелиоративные, гидротехнические работы пока недоступны для бюджетов УИК'а и Райисполкомов округа. Ударной задачей ближайшего будущего является в Ново-Белице и Добруше нефтевание болот, расположенных в непосредственной близости от заводов и рабочих поселков.

Сибирская язва дала за отчетный год по округу всего 8 случаев, из которых наибольшее число (3) отмечено в Добрушском районе. Во всех случаях заболевшие имели то или иное отношение к кожевенному делу. Для совершенного искоренения сибирской язвы в округе необходимо усиление ветеринарного надзора на местах заготовки кожевенного сырья.

Из социальных болезней должно прежде всего остановиться *на туберкулезе.*

Как видно из таблицы I, годовая кривая туберкулеза в течение первых 3 кварталов поднимается вверх, особенно резко в течение 3-го квартала (391,551 и 1039) и затем в течение 4-го квартала круто спускается вниз (409). Начавшись в октябре с цифры 130, кривая Т. В. С. в апреле достигает высшего своего уровня—цифра 515—и затем в сентябре спускается до цифры 125, т. е. приблизительно до цифры исходного своего пункта, что, соответствует действительному годовому циклу развития туберкулеза, характерной особенностью которого является усиление заболеваемости в весенние месяцы. В общем, заболеваемость туберкулезом по всему округу выражается цифрою 2390, что дает показатель 79 на 10000 населения. Показатель этот, превышающий средний

всесоюзный 40-50 на 10000 населения—мог-бы считаться довольно благоприятным, особенно, если Гомельский округ сравнить с другими местностями Союза, в которых заболеваемость туберкулезом доходит до 300—400 на 10000 населения. Необходимо, однако, принять во внимание, что туберкулез—болезнь очаговая. Следовательно, для надлежащей оценки степени распространения туберкулеза на какой-нибудь территории, важен нестолько общий показатель заболеваемости туберкулезом, сколько отдельные показатели его в населенных пунктах данной территории. И, действительно, по сведениям Окрздрава, в округе имеются отдельные очаги туберкулеза, как, например, в Кормянском врачебном участке, Добрушского района с показателем заболеваемости, значительно превышающим общий показатель для всего округа. Из отдельных районов округа наиболее высокие цифры Т. В. С. приходятся на районы Добрушский, Уваровичский, Светиловичский районы и на Ново-Белицу (848, 287, 280 и 322). Особенно высокие цифры выпадают на долю Добрушского района и Ново-Белицы, что вполне соответствует социально экономическим особенностям названных территориальных единиц; Добруш и Ново-Белица являются промышленными центрами округа, в которых имеются крупные промышленные предприятия, с значительным числом рабочих (в Добруше писчебумажная фабрика—около 1500, в Ново-Белице спичечная фабрика—около 1200 рабочих,— помимо того лесозаводы и фанерная фабрика). По основному же положению социально-гигиенической статистики заболеваемость и смертность среди рабочих всегда выше, чем среди занимающегося сельским хозяйством крестьянского населения. С другой стороны, наиболее низкая цифра Т. В. С. отмечена в Дятловичском районе—69,что также соответствует геологическим и социально-экономическим особенностям района (местность относительно здоровая, сухая, с песчаной почвой; основной промысел населения—сельское хозяйство). Борьба с Т. В. С. в округе проводится: в производственных центрах, в Добруше и Ново-Белице, частью на началах диспансеризации, опираясь на Гомельский тубдиспансер, туб'ячейки предприятия, советы социальной помощи; в деревне среди крестьян—главным образом путем лечения, общего и специального, в частности путем представления курортно-санаторной помощи. Само собой разумеется, вышеприведенная лечебно - профилактическая организация борьбы с туберкулезом отнюдь не может считаться достаточною. В Добруше и Ново-Белице необходимо открыть: прежде всего тубдинспансер—одного Гомельского недостаточно для обслуживания рабочих Добруша и Ново-Белицы,—затем ночные санатории и диэтстоловую в Добруше (в Ново-Белице уже имеется).—Для крестьянского населения округа ударная задача ближайшего будущего: открытие тубдиспансера в Светиловичах или Уваровичах, а также усиление специальных видов лечения, особенно-же курортно-санитарной помощи).

Сифилис дает (таблица I и II) чрезвычайно низкие цифры, в общей сложности для всего округа, с населением в 302000,—95 случаев—цифру совершенно невероятно малую. Если рассмотреть движения сифилиса по годам, начиная с 1924 г. (табл. III) оказывается, что цифры сифилиса, и без того низкие, каждый год постепенно еще снижаются, так что за отчетный год получается наиболее низкая цифра (239, 146, 111, 98). Если принять во внимание, что в бытовых условиях жизни населения за последние 4 года никаких почти изменений не произошло, подобное прогрессирующее снижение цифр сифилиса совершенно непонятно и мало вероятно. Крайне низкие цифры сифилиса об'ясняются недостаточностью регистрации, трудностью для неспециалистов—участковых врачей — выявления поздних форм сифилиса,

Таблица I.

Название месяцев 1925-1926 г.	ТИФЫ				Оспа	Скарлатина	Дифтерия	Корь	Дизентерия	Грипп	Коклюш	ТВС	Малярия	Трахома	Сифилис	Укушен. бешен. живот.	Родильная горячка	Столбняк	Сибирская язва
	Сыпной	Возвратный	Брюшной	Неопред.															
Октябрь	—	3	19	1	—	22	11	39	1	590	20	130	81	93	11	—	—	—	—
Ноябрь	2	5	16	2	—	42	16	53	1	579	13	119	72	72	7	—	—	—	—
Декабрь	1	7	73	1	—	25	15	17	—	754	22	142	47	55	5	—	—	—	—
Всего	3	15	108	4	—	89	42	109	2	1923	55	391	200	220	23	—	—	—	—
Январь	2	10	57	2	—	78	21	43	2	782	15	180	27	108	16	1	—	—	—
Февраль	14	11	50	5	1	28	7	13	—	567	18	190	24	88	10	1	—	—	—
Март	29	12	43	1	—	43	18	28	1	1236	8	181	39	86	6	1	—	—	—
Всего	45	33	150	8	1	149	46	84	3	2585	41	551	90	282	32	3	—	-	—
Апрель	25	—	44	—	—	78	15	16	1	2777	4	415	127	165	10	7	—	—	—
Май	41	—	30	—	—	52	17	8	2	927	15	347	420	158	6	18	—	—	—
Июнь	14	2	12	2	—	67	7	26	6	745	36	277	560	181	7	15	2	1	1
Всего	80	2	86	2	—	197	39	50	9	4449	55	1039	1107	504	23	40	2	1	1
Июль	—	—	19	—	1	49	4	26	1	677	34	118	331	189	6	4	—	—	1
Август	3	—	19	8	—	62	12	13	5	776	109	166	245	180	5	7	—	—	3
Сентябрь	1	1	24	5	—	52	12	3	4	787	59	125	118	89	6	4	—	—	3
Всего	4	1	62	13	1	163	28	42	10	2240	202	409	694	458	17	15	-	-	7
Итого	132	51	406	27	2	598	155	285	24	11197	353	2390	2091	1464	95	58	2	1	8
В процентах	4,4	1,6	13.4	—	—	19.8	5.1	—	0,8	370	—	79.1	69	48.5	3,1	—	—	—	—

Таблица II.

Название районов	ТИФЫ				Оспа	Скарлатина	Дифтерия	Корь	Дизентерия	Грипп	Коклюш	ТВС	Малярия	Трахома	Сифилис	Укущен. бешен. живот.	Родильная горячка	Столбняк	Сибирская язва
	Сыпной	Возвратный	Брюшной	Неопред.															
Гомельский	1	—	20	—	—	15	18	—	1	220	37	107	63	1	14	4	1	—	
Ветковский	19	11	34	—	—	177	34	25	1	1837	36	79	243	269	2	—	—	—	1
Добрушский	8	—	38	15	—	85	10	47	7	1955	14	846	809	238	14	34	—	—	3
Дятловичский	5	—	8	4	1	15	6	3	—	734	6	69	116	45	7	8	—	—	—
Красно-Будский	2	—	39	—	—	52	17	37	1	960	25	100	66	124	2	—	—	—	—
Носовичский	1	—	64	—	—	35	12	2	3	597	9	160	124	70	4	3	1	1	2
Светиловичский	31	3	62	1	1	43	16	107	7	878	122	280	154	397	14	3	—	—	2
Уваровичский	37	37	43	3	—	143	20	4	1	477	47	287	144	126	4	—	—	—	—
Чечерский	24	—	78	4	—	21	6	15	3	916	28	140	64	194	23	4	—	—	—
Ново-Белица	4	—	20	—	—	12	16	45	—	2623	29	322	308	—	1	2	—	—	—
Итого	132	51	406	27	2	598	155	285	24	11197	353	2390	2091	1464	95	58	2	1	8

Таблица III.

Сведения о движении заразных б-ых по Гомельскому округу за 1923, 1924, 1925, 1926 г.

	ТИФЫ			Оспа	Скарлатина	Дифтерия	Корь	Дизентерия	Коклюш	ТВС	Малярия	Трахома	Сифилис	Укушен. бешен. животными	Сибирская язва	Цынга
	Сыпной	Возвратный	Брюшной													
1923 год.	351	591	182	—	95	132	11	—	—	210	1903	—	239	116	11	40
1924 „	348	601	14	—	322	180	—	641	1491	1821	3108	1425	146	260	12	25
1925 „	111	604	60	—	456	281	—	164	746	1945	2888	1936	111	236	13	11
1926 „	132	406	51	2	598	155	285	25	353	2390	2091	1446	98	58	5	—

и в особенности бытового. Между тем, по сведениям Окрздрава, в округе имеется целый ряд очагов сифилиса: в с. Романовичи, Гомельского района случайно обнаружено было 70 сифилитиков; очаги сифилиса имеются и в ряде населенных пунктов Светиловичского района.

Трахома обнаруживает за первые 2 квартала (табл. I) известную, хотя и с значительными колебаниями, стабилизацию (219 и 272), за 3-й квартал резко поднимается вверх (504) и за 4-й несколько спускается вниз (418), причем в течение последнего квартала в июле достигает наивысшей (189 и в сентябре—наинизшей цифры (89). Так как за год в условиях бытовой жизни населения никаких изменений не произошло, подобные колебания по кварталам и месяцам совершенно необ‘яснимы. Наибольшие цифры дают Светиловичский, Ветковский и Добрушский (397,269 и 238), районы, наиболее низкие Гомельский Дятловичский и Носовичский (1,45 и 70). Почему между районами Гомельским и Светловичским существует такая колоссальная разница в отношении заболеваемости трахомою (1 и 397), пока непонятно, вопрос требует дальнейшего углубленного исследования. — Сопоставление цифр трахомы по годам (табл. II), начиная с 1924 г., обнаруживает в течении ее известную стабильность, прерываемую, правда, довольно резко 1925 годом (1485, 1936 и 1464).

Год работы 3-ей Консультации для беременных в г. Минске.

Д-р Гейман.

Третья Консультация для беременных открыта в гор. Минске 1-го ноября 1925 г. при третьей детской Консультации. Персонал состоит из одного врача, одной сестры и одной санитарки (на 1927 г. введена в штат еще одна сестра и установлена полная должность врача, взамен половинки). Помещением для приема беременных служит небольшой кабинет Консультации, ожидальней—общая приемная. Кабинет достаточно оборудован и располагает металлическим креслом для исследования весами Фербэнкса, необходимым инструментарием, бельем и мебелью. Подспорием для бесед врача служат плакаты, а также небольшая библиотека из популярных изданий.

Довольно подробная отчетность ведется в Консультации по следующим формам: 1) история болезни, 2) патронажный лист, 3) справочная карточка (заменяет алфавитную книгу и дает возможность, не отыскивая историю болезни, проследить сколько посещений сделала данная беременная и когда именно), 4) статкарточка, 5) ежедневная сводка посещений. По всем этим материалам представляются ежемесячные сведения в Окрстатбюро. Беременная, не посетившая Консультации в течение 6-ти месяцев, считается выбывшей из-под наблюдения Консультации и если возобновит посещение, то записывается, как первичная. Прием ведется по записи, причем, в среднем, в день проходит около 20-ти беременных.

Работа Консультации происходит в вечернее время: от 5 до 8 веч. (с января 1927 г. прием удлинен на 1 час). Вечерний прием установлен с той целью, чтобы дать возможность работнице и служащей посетить Консультацию в нерабочее время. Всего в г. Минске существуют три Консультации, из которых каждая обслуживает определенный район. Район 3-ей Консультации охватывает кварталы, прилегающие к Брестскому и Виленскому вокзалам, т. е. всю южную часть города и его окраины. Этот район заселен преимущественно рабочими: (транспортники, металлисты и др.); помимо железнодорожных ремонтных мастерских здесь еще расположены: стеклозавод „Пролетарий", на котором числится 384 рабочих и 143 работницы, два кирпичных завода, городская бойня и ряд мелких, кустарных предприятий.

Врачебный прием в Консультации складывается из нескольких моментов. Помимо, довольно подробного, анамнеза и акушерского обследования, у каждой беременной, обязательно, исследуется моча, а в необходимых случаях беременная направляется к квалифицированному терапевту, в туберкулезный или венерический диспансер. Каждая беременная подвергается измерению и взвешиванию. Помимо медицинских указаний, врач ведет индивидуальные беседы о гигиене беременности и родов.

Чрезвычайно важно, что беременные, привыкая к Консультации, рассказывают врачу не только все то, что связано с беременностью, но и про свою семейную жизнь, про всякие заботы и удачи. При этом неоднократно приходится сталкиваться с массой предрассудков и суеверий, которые распространяются о беременности разными бабушками, кумушками и соседками. Так, например: принято думать, что если соседка со злости ударит топором по порогу, то ребенок обязательно родится с заячьей губой. Другое, широко распространенное поверие, это то, что если мать принимает много пищи, то ребенок должен родиться хилым, т. к. мать „заедает" ребенка. Со всеми этими предрассудками врачу и сестре приходится вести упорную, не всегда успешную борьбу. Другая частая тема бесед в кабинете врача—это аборт. Не редкий случай, когда хоть и с трудом, но удается уговорить беременную отказаться от задуманного аборта. Иногда приходится убеждать в необходимости провести роды не дома, а в родприюте. Перед наступлением родов, все беременные получают от Консультации направление в родприюты (в форме обменных карточек, которые после родов пересылаются обратно в Консультацию). Декретивные отпуска для работниц и служащих предоставляются учреждениями только по бюллетеням Консультации. Кроме того, в первые месяцы беременности, работницы освобождаются по справкам Консультации от более тяжелой и ночной работы.

Консультация снабжает также беременных необходимыми медикаментами, как напр. марганцевый калий, зеленое мыло, мазь для сосков и т. д. Застрахованным Консультация предоставляет, в необходимых случаях, бесплатные ванны, а также брюшные бандажи.

Раз'ясняя весь вред аборта, Консультация, в то же время, стремится популяризировать как противозачаточные средства женские предохранители, подбор и вставление которых производится каждый раз врачем консультации.

Патронаж проводится сестрой консультации, в первую очередь обслуживаются первобеременные. В месяц приходится около 50 патронажей, т. е. в среднем—2 патронажных посещения в день. За год сделано всего 604 обследования на дому, при 1.600 первичных обращениях в консультацию. Если учесть, что в число 1.600 входят гинекологические больные, а также крестьянки из близлежащих деревень и приезжие, т. е. такие группы, которые не подлежат патронажному обследованию, то нормальное число обследований можно принять не меньше 1.000. Однако, сестра, работая 4 часа в стенах Консультации, не может выполнить, в таком разбросанном районе, более 2 посещений в день.

Недостаточное проведение патронажной работы заставило Окрздрав пригласить вторую сестру и, надо полагать, что в дальнейшей работе удастся полностью охватить всех приписанных к Консультации беременных (число прикрепленных на 1-ое января 1927 г.—1136). Эта задача тем более важна, что патронаж является главнейшей частью деятельности Консультации и должен быть проведен с особой тщательностью.

Материалы обследований на дому, в большинстве рисуют неприглядную бытовую обстановку. При общем жилищном кризисе в г. Минске естественно, что и в районе Консультации наблюдаются тяжелые жилищные условия: громадная скученность, сырые и холодные помещения, дальность расстояний от колодца—ряд моментов, которые неблагоприятно отзываются на здоровьи беременной.

Сестра дает указания, как соблюдать элементарные требования чистоплотности, рекомендует определенный режим питания, отдыха и сна, и стремится устранить из домашней работы все то, что особенно вредно для беременной. Иногда удается уговорить беременную пригласить постороннее лицо, для выполнения наиболее тяжелой работы (носка дров и воды, стирка белья). В некоторых случаях тяжелую физическую работу берет на себя муж. Помимо того сестра при своих обследованиях отмечает наиболее нуждающихся (преимущественно одиночек), которых через Районный Совет Социальной Помощи удается снабжать горячими обедами, направлять в Дом Матери и Ребенка.

Пожалуй, на первый взгляд немного реальной пользы приносит беременной патронаж. Но, если в условиях гор. Минска, нельзя расчитывать на быстрое изжитие жилищного кризиса или на оказание более крупной материальной поддержки матерям-одиночкам, то все же надо признать, что патронаж имеет большое воспитательное значение. Эта для многих еще непривычная форма социальной помощи, показывает беременной, что Консультация ею интересуется, проверяет состояние ее здоровья на дому, побуждает снова явиться для врачебного осмотра и т. д. Беременная впервые привыкает к мысли, что ее беременность составляет, как бы целое событие, о котором заботится государство. Это невольно заставляет ее, более внимательно следить за своим состоянием и вместе с тем создает доверие к Консультации. Поэтому неудивительно, что если патронажную сестру подчас и встречают с некоторой опаской, то это настроение быстро рассеивается. Все указания патронажной сестры, естественно, являются подтверждением советов врача и вместе с тем проверкой насколько эти советы выполняются.

Культурно-просветительная работа консультации проводилась в виде лекций и бесед в рабочих клубах района, по приглашению Райкома или делегаток того или иного предприятия (Кожзаводов, Дрожжевого, Стекольного, Обойного и др.). Темы лекций: „Аборт и его последствия", „Гигиена беременности и родов", „Значение консультации для беременных", „О женских болезнях" и т. д. Все лекции протекали очень оживленно, с большим количеством вопросов. Характерно, что почти каждый раз после лекций увеличивается прием в консультации за счет работниц того предприятия, где было проведено собеседование. За последнее время приступлено также к раздаче, среди посетительниц консультации, популярных изданий на темы: О беременности и материнстве. В целях всестороннего охвата условий труда и быта трудящихся женщин поднят вопрос о массовом обследовании работниц стекольного завода „Пролетарий", совместно с клиникой профболезней.

Общественная самодеятельность вокруг Консультации выявляется в виде Районного Совета Социальной Помощи. В этот Совет входят: делегатки секции здравоохранения Горсовета, делегатки с предприятий района, представительница Райженотдела, врачи детской консультации, врач Консультации для беременных, врач Родприюта и детских учреждений, расположенных в этом районе. Члены Бюро Районного Совета Социальной Помощи, из числа делегаток, несут 3 раза в неделю дежурства в Консультации для приема разного рода заявлений и дачи раз'яснений. Бюро Совета регулярно заседает раз в неделю. На этих заседаниях разбираются вопросы об оказании той или иной помощи нуждающимся матерям (предварительно каждый раз производится обследование делегатками).

Таблица № 1.

Деятельность консультации за 1925-1926 год.

СОСТАВ	Национальность										Возраст				Заработок				Заработ. мужей		Направление в род. приюты	Посещаемость			
	Белорусски	% %	Еврейки	% %	Русские	% %	Польки	% %	Прочие	% %	16—20	20—30	30—40	40 и выше	до 30	до 60	до 100	выше 100	Число мужей, имеющих зараб.	Средний заработок мужа		Первичн. посещен.	% %	Всего посещен.	% %
Работницы	86	5,6	72	4,8	12	0,7	3	0,1	5	0,3	28	127	21	2	76	95	6	1	114	47	33	178	11,2	332	7,9
Служащие	65	4,0	71	4,7	13	0,8	5	0.3	—	—	12	127	15	—	19	112	22	1	110	80	35	154	9,6	458	10,9
Иждивенцы рабочих .	327	20,4	184	11,8	46	2,8	32	2,0	13	0,8	89	369	126	18	73	281	232	16	—	—	136	602	37,6	1625	38,9
„ „ служащих. .	219	13,6	100	6,4	42	2,6	17	1,0	9	0,5	49	261	72	5	27	122	185	53	—	—	95	387	24,2	1116	26,8
Крестьянки	32	2,0	3	0,1	7	0,4	3	0.1	—	—	8	22	12	3	—	—	—	—	—	—	7	45	2,8	74	1,8
Жены военнослуж. .	38	2.3	6	0,3	12	10,7	2	0,1	2	0,1	9	46	5	—	5	12	37	6	—	—	12	60	3,7	164	3,9
Незастрахованные . .	75	4,7	78	4,8	14	0.8	5	0,3	2	0,1	23	113	32	6	—	—	—	—	—	—	31	174	10,9	408	9,8
ВСЕГО .	842	52,6	514	32,9	146	8,8	67	3,9	31	1,8	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	349	1600	—	4177	—

Из числа 1600 первичных посещений:

Первобеременных 522—32,6; повторнобеременных 1078—67,4; застрахованных 1321—82,6; незастрахованных 279—17,4.

Районный Совет Социальной Помощи выдает наиболее нуждающимся беременным горячие обеды, сухие пайки, бесплатные роды в Родприютах, (одиночкам), направляет в Дом Матери и Ребенка и Юридическую Консультацию Охматмлада и т. п.

К сожалению, Районный Совет Социальной Помощи не располагает каким-либо постоянным денежным фондом и в тех случаях, когда требуется оказывать помощь, приобретением домащних вещей или предметов ухода за ребенком—вынуждена отказывать. Время от времени все же поступают в Районный Совет Социальной Помощи, кой-какие случайные средства путем устройства вечеров.

Вопрос о деятельности Консультации для беременных и о путях развития этих учреждений обсуждался на первом Белорусском Совещании Охматдета, весной прошлого года, причем в принятой резолюции отмечено, что консультация должна впредь стремиться охватить не только беременных, но вообще всех женщин с момента полового созревания до старческого периода.

Для того, чтобы развиваться по этому пути, чтобы стать действительно Консультацией для женщин, третья Консультация ставит себе следующие ближайшие задачи:

1. Усилить патронажную работу.
2. Поставить прием таким образом, чтобы не было случаев отказа.
3. Усилить санпросветительную деятельность как самой Консультации, так ССП.
4. Провести массовые обследования среди работниц на предприятиях района.

Годовая деятельность Консультации в цифрах освещена в прилагаемой таблице (см. табл. на стр. 152):

Рефераты.

Chr. Zoeller et Ph. Iesbre. Внутрикожная реакция на дизентерийный токсин.

(*C. R. de la Soc. Biol. T. XCV. № 27—1926*).

Авторы подвергли изучению внутрикожную реакцию на введение дизентерийного токсина у человека.

Токсин они получали из культуры Shiga, вирулентность которой увеличена пассажами на животных в коллоидальных мешочках. В кожу испытуемых суб'ектов вводилось 0,2 кб. см. токсина, разведенного $^{1}/_{100}$ до $^{1}/_{150}$ в физиологическом растворе NaCl; в качестве контроля применялся тот же токсин, нагретый в течение получаса при 100°, а с другой стороны анатоксин, приготовленный из того же дизентирийного токсина. Оказалось, что в первые 3 дня все 3 места прививок имели одинаковый вид, представляя поверхностное покраснение более или менее распространенное. В дальнейшем реакции от контрольных прививок исчезали, а реакция от токсина усиливалась и принимала часто на 5-ый день оттенок кровоподтека, а в течение второй недели появлялся маленький сухой черноватый струпик, который исчезал через много недель, оставляя легкий серенький рубец. Таким образом положительная реакция сопровождается вполне очевидным и достаточно длительным и безболезненным поражением. Смесь токсина (1 : 100) с антидезинтерийной сывороткой (до 1 : 150) не дает положительную реакцию, в то время, как смесь с дифтерийной сывороткой не погашает реакцию. Трое из положительно реагировавших суб'ектов получили однократную ин'екцию дизентерийного анатоксина (1 кб. см.). Испытанные внутрикожным способом через 24 дня, двое дали положительную реакцию менее ясную, а третий отрицательную реакцию, при чем сыворотка его приобрела нейтрализующие (токсин) свойства смесь равных частей сыворотки и токсина (по 1 : 50 разведен.) не вызывала внутрикожной реакции у чувствительных суб'ектов.

Авторы подвергли изучению вопрос, является ли кожная реакция при дизентерии, такой же как реакция Schick'a при дифтерии (реакцией иммунитета и восприимчивости). Прежде всего авторы установили, что введение кролику чистого дизентерийного токсина внутрикожно в дозе 0,3 кб. см. или эмульсии вирулентных бацилл вызывает реакцию, которая проявляется краснотой или инфильтрацией. Дизентерийный анатоксин в той же дозе не дает этой реакции. Нагревание токсина до 100° в течение 2-х часов уничтожает эту способность давать реакцию, а при 60°—ослабляет. Прибавление к токсину (равных количеств) антидизентерийной сыворотки ведет к ослаблению, но не полному угашению реакции; также ослабляется реакция при введении кролику 20 к. с. антидизентерийной сыворотки. Оказалось, что кролик, иммунизированный анатоксином двумя введениями per os, сохраняет положительную внутрикожную реакцию; при подкожных ин'екциях анатоксина, реакция становится менее живой, но еще ясной. Реакция оказалась положительной и тогда, когда иммунизированный

кролик способен перенести без вреда опытное введение 3-х миллиардов зародышей (дизентерийной палочки), способных убить неиммунизированного кролика через 48 часов. Авторы приходят к выводу, что внутрикожная реакция не может служить для суждения о состоянии иммунитета или восприимчивости организма к дизентерии.

Д-р **С. И. Гельберг**.

M. Nasta et O. Th. Jonesco. Pur la valeur pratique de la spécificité des intradermo-réactions avec des cultures filtreés de Streptocoques dans les infections puerpérales.

(C. R. de la Soc. Biol. № 27—1926.)

Авторы, основывались на работах Lévy-Lolal, Limard, Leloup Merat, сообщивших о хороших результатах, полученных ими при применении с прогностической целью при пуэрперальных заболеваниях внутрикожной реакции фильтратами стрептококковых культур, занялись изучением этого вопроса. Они получили вполне подтверждающие результаты. У всех больных с доброкачественными стрептококковыми или вызванных другими микроорганизмами инфекциями, также как и у здоровых рожениц реакция всегда была положительна. И, наоборот, она всегда оказывалась отрицательной в тяжелых случаях со смертельным исходом или с длительным течением инфекции, осложненной многочисленными локализациями процесса. Авторы считают реакцию весьма важной, ибо она давала им возможность весьма часто предсказывать тяжелое течение процесса в весьма ранних стадиях, когда клинические симптомы были еще недостаточно ясными; таким образом она являлась одним из наиболее ранних и верных прогностических признаков.

Что касается специфичности реакции, то авторы обнаружили: 1) что у нормальных суб'ектов реакция всегда положительная; 2) у кахектических больных, одержимых не стрептококковыми заболеваниями (tbc, cancer) реакция всегда была отрицательна; 3) применение параллельно со стрептококковым фильтратом стафилококковой давало совершенно аналогичные результаты. Авторы считают, что внутрикожная реакция является показателем общей резистентности организма и его способности реагировать воспалительным процессом—фагоцитарной реакцией, не указывая на наличие специфического иммунитета. Стрептококковые инфекции, по мнению авторов, относятся к тем, которые чаще особенно рано вызывают уничтожение резистентности организма, что имет место в связи с высокой вирулентностью возбудиделя и изобилием его лейкоцидинами, которые парализуют средства защиты организма.

Д-р **С. И. Гельберг**.

S. Nicolau et A. Bonciu. Реакция связывания комплемента при чесотке.

(*C. R. de la Soc. Biol.* № 27—1926.)

Наблюдая случай чесотки с корками (la gale croûteuse) долго существующей, весьма распространенной и богатой клещами (acarus) с эозинофилией, авторы задались вопросом не сопровождается ли столь старый и резко-выраженный дерматоз изменениями рецепторного аппарата, в частности в смысле появления комплемент связывающих тел. Для этого они приготовили антиген путем настаивания в 10 частях 90° спирта части измельченных корок, содержавших большое количество

взрослых особей, куколок и личинок acarus. Настой встряхивался в течение 24 часов и фильтровался. Предварительные опыты показали, что в разведении 1:5, он не вызывал связывания комплемента ни сам, ни в смеси с нормальной сывороткой. В указанном случае авторы получили резко положительную реакцию Bordet-Gengou, которая длилась еще 55 дней после выздоровления. (Реакция Вассермана отрицательная). В дальнейшем авторы исследовали кровь обычных чесоточных больных (35 человек) и в качестве контроля у 10 сифилитиков и у 24 с различными дерматозами (pcopuas, lichen planus, prurigo, eczema, ulcus molle, favus и др.) Из 35 случаев чесотки, положительная реакция получена в 20, из них 4—++++, 6—+++, 6—++, 4—+; остальные отрицательные. Во всех этих случаях RWa—была отрицательна. Все случаи сифилиса с резко выраженной RWa дали связывание с чесоточным антигеном. Из 24 случаев различных дерматозов RWa—отрицательная) лишь в 2-х случаях реакция положительная со скабиозным антигеном. Выводы авторов: 1) Развитие чесотки сопровождалось в $^2/_3$ случаев изменением крови, могущим быть открытым реакцией связывания комплемента со специфическим антигеном. 2) Антиген, однако, не вполне специфичен, ибо дает связывание в присутствии сифилитической сыворотки.

Серо-реакция при чесотке, по мнению авторов, представляет теоретический интерес, ибо это первый случай, когда реакция Bordet установлена при подобных заболеваниях.

Д-р **С. И. Гельберг.**

НАУЧНАЯ ЖИЗНЬ.

Общество Минских врачей.

(1926-ой год).

VI заседание (6-го марта). *Д-р Раховский и студенты Айзенман и Беленький: Малярия в Белоруссии в 1925 г.* Доклад представляет собою обзор эпидемиологических, паразитологических и клинических данных, характеризующих течение малярии в Белоруссии в 1925 г. Из округов Белоруссии самый пораженный—Мозырский, на долю которого в 1925 г. приходится свыше 10 тысяч больных из 14 тысяч по всей Белоруссии. В отдельных селениях заболеваемость доходила до 25—50 проц. Докладчиками обследованы 3 округа: Мозырский, Бобруйский и Слуцкий. На целом ряде диаграмм ими представлены цифры заболеваемости по возрасту, полу, селезеночному индексу и проч. Исследования крови производились по методу „толстой капли". *Клинически* малярия протекала в 1925 г. со значительно большим числом рецидивов, чем в 1924 г. Хронических форм не наблюдалось. *Лечение* производилось по методу Noct'a, видоизмененному Свенсеном, с хорошими результатами. При продолжительной хинизации процент выздоровления возрастал.—Из *методов борьбы* с малярией докладчик считает наиболее целесообразными для Белоруссии: лечебную хинизацию, уничтожение взрослых комаров на зимовках и в жилых помещениях и профилактическую хинизацию.

На предложенные *вопросы* докладчик ответил: тяжелых случаев малярии в этом году не было; лишь в одном случае пришлось после хинина применить сальварсан: случаи malariae larvatae не встречались. Местных средств, применяемых населением при малярии, очень много: рыбья желчь, настой лягушечьих костей, семенные железы кота, кидание в воду и др. Под'ем кривой в мае об'ясняется теорией первичной латентности и влиянием весеннего солнца. Применялся chinin muriat per os и с хорошими результатами.

По существу доклада высказались: *д-р Рубинчик*, отметивший достоинство доклада, так как он затронул все вопросы, касающиеся малярии. Благоприятное течение малярии в Белоруссии дает возможность ограничиться лечением per os, между тем как в других местностях приходится прибегать к подкожному и комбинированному лечению. О случае заболевания новорожденного ребенка малярией, надо сказать, что в других местностях это частое явление и заражение, надо полагать, происходит через плаценту. Об'яснение, данное докладчиком по поводу под'ема эпидемии в мае, неудовлетворительное: затяжная инкубация невозможна. Здесь главную роль играет солнце, под влиянием которого у бациллоносителей появляются рецидивы, хотя первых приступов у них не было.

Д-р Моносзон отмечает краеведческий интерес доклада и подчеркивает необходимость профилактических мероприятий, в особенности в Мозырском округе, в виде устройства малярийных станций. Что касается лечения, то в Гамбурге, в тропическом институте приме-

няется лечение per os, и удивительные результаты дает новый препарат под названием в-Prochin.

Д-р Габрилович замечает, что при малярии с успехом применяется chinidin, который, между прочим, дешевле всех препаратов.

Д-р Альшванг утверждает, что в Азербейджане, где он видел тысячи случаев малярии, внутримышечные ин'екции хинина давали лучшие результаты, чем применение его per os. Абсцессы и инфильтраты не наблюдались.

Докладчик утверждает, что подкожное применение хинина не давало преимущества пред приемом per os. Случай малярии у трехнедельного ребенка надо считать врожденным, ибо ребенок заболел на 8-ой день своей жизни, а мать болела малярией вплоть до самых родов. Возможность заражения ребенка в первый день жизни исключается.

Председательствовавший проф. *Эльберт* останавливается на вопросе о прохождении инфекционного начала через плаценту и на теории латентности. Что касается терапии, то имеются материалы на счет экстирпации селезенки; результаты неутешительные. Наиболее надежный способ—это применение хинина per os, что дает наибольшую гарантию при полной безвредности.

VII заседание (20-го марта) *Д-р М. Н. Шапиро* демонстрировал препарат гангренозного Мекелевского дивертикула. Гангрена наступила вследствие растяжения его 18 большими аскаридами, причем, как оказалось, последние не прошли в брюшную полость потому, что сальник плотно охватил место прободения. Случай этот был комбинирован еще странгуляционным илеусом.

Д-р Мирер вспомнил об аналогичном случае, а д-р *Перельман* указал, что аскариды являются частым этиологическим моментом илеуса у детей.

Д-р Х. Левина: *К вопросу об этиологии аппендицита.* (См. „Беларуская Медычн. Думка“ т. II, № 7—9, стр. 153).

Прения. Проф. Гаусман указывает на 3 основных момента в этиологии аппендицита: инфекцию, питание и конституцию.

Проф. Рубашев: Аппендицит вовлекает в сферу своего влияния различные органы брюшной полости. Осенью и весною наблюдаются вспышки аппендицита. Характер питания тоже играет роль. При эпидемии гриппа надо ожидать появления аппендицита в увеличенном количестве.

Проф. Бурак не считает одну инфекцию причиной заболевания; перегружение нашего кишечного тракта несоответствующей пищей тоже играет роль.

Проф. Титов также утверждает, что только совокупность многих этилогических моментов вызывает аппендицит.

Д-р Б. Л. Фельдман. Случай воздушной опухоли шеи и гортани, (см. „Белар. Мэдычн. Думка“ т. II, № 7—9, стр. 143).

VIII заседание (27-го марта). *Д-р Габрилович. Еще кое-что о скарлатине.*

По мнению докладчика, стрептококковая ангина, краснуха и ветрянка близко стоят к скарлатине, тем более, что установлено, что последняя не дает пожизненного иммунитета. Отсюда следует необходимость профилактических мероприятий в смысле строгой изоляции всех таких больных. — Найлучший способ лечения скарлатины—это весьма частое употребление внутрь дезинфецирующих средств и впускание их в носоглотку через нос в виде капель. Полоскания не доходят до пораженных областей, а спринцования и смазы-

вания могут вызвать отит и даже менингит. Дифтерийная сыворотка неуместна при скарлатинном дифтерите. Длительные камфорные инъекции ненаучны. Диэта не должна быть очень строгой: нет основания запрещать хлеб, овощи, фрукты и т. п. Остракизм по отношению к молоку и яйцам должен быть оставлен.

Прения. *Д-ру Канторовичу* непонятно, почему краснуху надо считать ослабленной формой скарлатины, коль скоро нам неизвестен возбудитель той и другой болезни. Нет основания стрептококковую ангину считать эквивалентом скарлатины, коль скоро раз перенесенная ангина предрасполагает к рецидивам, а не вызывает иммунитета. Что касается диэты, то никто не исключает растительной пищи при скарлатине.

Проф. Соколовский считает выводы докладчика неубедительными, так как его материал не подкреплен никакими цифрами.

Проф. Эльберт находит, что в докладе имеются ценные и интересные мысли, как вопрос об этиологии скарлатины, о роли стрептококка, о связи между ангиной и скарлатиной, об иммунитете и т. п. Но все эти вопросы еще не получили своего разрешения. Оппонент упрекает врачей в том, что они проявляют мало интереса к этим вопросам и, между прочим, почему-то не применяют в Минске коревой вакцинации.

Д-р Рубенчик не соглашается с докладчиком во многих пунктах. Во-первых, никоим образом нельзя считать ангину эквивалентом скарлатины, ибо больные ангиной могут заболевать скарлатиной. Во-вторых, нельзя исключить краснуху из медицинской номенклатуры; у нас была отдельная эпидемия краснухи и такая типичная, что смешать ее со скарлатиной было трудно. В третьих, из-за того, что иногда трудно отличить настоящую дифтерию от скарлатинозной, неправилен вывод докладчика, что не надо впрыскивать сыворотку; от последней вреда не бывает, а иногда она приносит пользу, как протеиновое лечение. В четвертых, докладчик слишком смел, отрицая необходимость соблюдения строгой диэты при скарлатинозном нефрите.

Д-р Хургин (участковый врач) также отрицает идентичность краснухи и скарлатины, а проф. Эльберту он возражает, что при условиях работы в районе нет возможности в каждом случае делать лабораторные исследования пленок прежде, чем прибегать к сыворотке.

Д-р Канторович также предпочитает „жарить“ сыворотку, чем ждать результатов анализа, ибо в городе условия работы районных врачей такие же, как и в провинции.

Проф. Эльберт не настаивает на производстве анализов во всех случаях. Ясно, что в случаях не терпящих отлагательства или не вызывающих сомнения нет надобности ждать анализа.

Докладчик настаивает на идентичности краснухи, ангины и скарлатины; к этому выводу он пришел после долгих наблюдений у постели больного.

Председатель, *проф. Титов* приветствует докладчика, как и всех тех районных врачей, которые, не будучи вооружены клиническими и лабораторными методами исследования, тем не менее приходят в общество делиться с нами своими наблюдениями и ищут ответа на возникающие у них вопросы, недоумения и сомнения у постели больного.

IX заседание (10 апреля). *Д-р Мазель-Балашинский*: *Показания и противопоказания к грязелечению при гинекологических заболеваниях.*

Доклад основан на изучении 915 историй болезни и на основании этого материала больные женщины разделены на 5 групп: 1) абсолютно показано грязелечение, 2) относительно, 3) подсобная роль, 4) бесполезно, 5) противопоказано. Приводятся все теории, об'ясняющие целебное свойство грязей и излагается техника грязевых процедур. Главным показанием к грязелечению являются хронич. воспалительные процессы, как параметрит, экссудаты, аднекситы и метро-эндометрит (70 проц. излечения и 30 проц. заметного улучшения). Противопоказано грязелечение при геморрагических метритах. 2-ая группа заболеваний, где с успехом применяется грязь—это эндоцервициты и кольпиты. В отношении бесплодия грязь применяется при гипофункции яичников и гипоплязии матки. Относительное показание дают пио-и гидросальпинксы. Подсобную роль грязь играет при старых стойких инфильтратах. Никакой пользы от грязи не бывает при аменоррее, зависящей от хлороза, при Tbc, климаксе, при пороках развития и вагинизме. Что касается противопоказаний, то в первую голову следует поставить новообразования как зло—так и доброкачественные.

Д-р Цыпкин: К вопросу о судьбе костного трансплонтата при операции Ольби.

Выводы 1. Туберкулезная интоксикация костного трансплантата является одной из причин неудач при операции Ольби. 2. Гистологические изменения трансплантата в туберкулезном организме характеризуются местами регрессивных явлений и атрофии, местами некрозом трансплантата.

Прения. *Д-р М. Н. Шапиро* видит большой интерес доклада в том, что вопрос о пользе операции Ольби переносится докладчиком из механической платформы на биологическую. Данные докладчика говорят не в пользу этой операции. И, действительно, если для излечения спондилита важно скрепление тел позвонков, а не остистых отростков, скрепляемых операцией Ольбы, то еще меньшее значение этой операции, если жизненность шпана подвержена опасностям, указанным в докладе. Этим об'ясняется охлаждение к этой операции со стороны многих хирургов. Все случаи, виденные оппонентом и им самим оперированные, говорят далеко не в пользу операции.

Проф. Соколовский отмечает доклад, как один из серии, посвященной вопросам о регенерации костной ткани, которыми клиника и впредь будет интересоваться. Что касается целесообразности этой операции, то, хотя влияние туберкулезного процесса на трансплантат и велика, однако, это не служит противопоказанием к операции Ольби. Оба случая докладчика погибли не от операции, а от того, что они были тяжелыми.

М. Поляк.

Деятельность профилактического кружка при Гомельском союзе Медсантруд за 1925-26 г.

Отчетный год—третий год существования кружка.

В течение отчетного года (23/XI—25—23/XI—26 г.) состоялось 13 общих собраний кружка и 2 заседания президиумов секций. На пленарных заседаниях заслушаны были следующие доклады:

Движение скарлатины в губернии за период времени 1920—25 г.—*К. Ю. Кононович.*

К вопросу об эпидемиологии скарлатины и борьба с нею—*Его же.*

Несчастные случаи на фабрике „Герой Труда"—*Р. И. Азбель.*

О деятельности Гом. Город. Сан. Станции—*Л. С. Марголин.*

Организация борьбы с туберкулезом в Гомеле—*М. И. Красильщиков.*

Роль Злынковского Санатория в борьбе с туберкулезом—*М. И. Штейнер.*

Организация борьбы с детским туберкулезом в Гомеле—*Ф. Г. Рашаль.*

Роль единой здрав'ячейки в деле диспансеризации—*Л. С. Марголин.*

О проказе—*Д. Штейнгауз.*

Бактериология проказы—*К. Ю. Кононович.*

Санация верхн. дыхательных путей, как общеоздоровительное мероприятие—*К. Ю. Кононович.*

О десятом с'езде эпидемиологов и сан. врачей—*Л. С. Марголин.*

Тоже—*Е. В. Хавина.*

Физическое развитие детей учащихся г. Гомеля—*Г. Моносзон-Любина.*

Массовые ожоги на спичечных фабриках—*Р. И. Азбель.*

Условия работы Дома Санитарного Просвещения и план осенне-зимней кампании—*М. Б. Хаскин.*

Рассмотрение положения о единой здрав'ячейке,—*Л. С. Марголин.*

Рассмотрение положения о плане участия в туб. трехдневнике—*К. Ю. Кононович.*

Рассмотрение плана работы секции кружка на второе полугодие—*К. Ю. Кононович.*

Посекционно намечена была и проделана следующая работа:

Санитарная секция:

Выполнено: 1) *Л. С. Марголин*—Эпидемический обзор по г. Гомелю за 1925 г. 2) *Ф. Р. Виткин*—Санитарное описание залинейного района гор. Гомеля. 3) *М. Б. Певзнер*—О новых типах противоскарлатинозных сывороток. 4) *Каценеленбоген*—Описание сантехнических учреждений Гомеля (бойня, водопровод, трихинозный пункт). 5) *С. М. Марголин*—Состояние рыночных молочных продуктов гор. Гомеля. 6) *Е. В. Хавина*—О микробных загрязнениях р. Сож. 7) *М. Б. Певзнер*—Глистная фауна в г. Гомеле.

Прорабатываются:

1) План санитарного описания г. Гомеля. 2) История развития сан. организации г. Гомеля. 3) Жилстроительство для рабочих и типы жилищ.

Сан.-просвет секция.

Проработано: 1) План работы на весенне-летний период для села—*К. Ю. Кононович.* 2) План работы на осенне-зимний период для города—*М. В. Хаскин.*

Намечены для проработки: 1) О новых методах санпросветработы в местных условиях для города и для деревни. 2) Участие санпросвета в вопросах популяризации химзнаний.

Венерологическая секция:

Проработано: 1) *Д-р Пальчиков* и *Миндель*—Принципы лечения гонорреи. 2) *Брандина М. А.*—Лечение женской гонорреи. 3) План профилактичеткой работы Вендиспансера. 4) *Штейнбок*—О с'езде урологов.

Намечено для проработки. Организация летучих отрядов венпомощи в сельских местностях, применительно к местным условиям.

Туберкулезная секция.

Проработано: 1) *К. Ю. Кононович*—Значение коек в профилактике легочного туберкулеза. 2) *Гольденвейзер*—К вопросу о наложении искусственных пневмотораксов. 3) *Рабинович*—Туберкулез и беременность. 4) *Штейнер*—Роль Рентгена в диагностике туберкулеза. 5) *Рашаль*—Преобладающие формы туберкулеза среди местных детей.

Намечено: 1) Методы лечения туберкулеза кальцием и туберкулином. 2) Современное положение вопроса о питании туб. больных. 3) Разработка материалов Тубдиспансера по Социальн. помощи. 4) Степень распространения туберкулеза среди учащихся по данным массовой пиркетизации.

По секции Охматмлада и Охр. Здрав. детей.

Проработано: 1) *Л. С. Марголина*—О значении реакции Шика в борьбе с. дифтерией и о результатах применения ее в местных детдомах. 2) *Ф. Г. Рашаль*—О связи врачей оздравдета и охматмлада с Тубдиспансером. 3) *Она-же*—О работе туб'ячеек в школах. 4) *Плоткина*—О работе показательной детской профилактической амбулатории Нар. Ком. Здрава. 5) *Моносзон-Любина*—О задачах и местах работы профилактической детской амбулатории. 6) *Д-р Миндель*—Задачи врачебного контроля над физкультурой в школе. 7) *Гальперина*—О создании при центрально-рабочем клубе уголка матери и ребенка. 8) *Каганская*—О системе искусственного вскармливания грудных детей, применяемой в Гос. Инст. Охр. Мат. Млад. 9) *Рашаль*—Об особенностях лечения и диагностики детского туберкулеза. 10) *Плоткина*—О лесных школах в СССР и за границей. 11) *Каганская*—Итоги 3-го Всероссийского С'езда Охр. мат. млад. 12) *Рубинштейн*—О борьбе с глистами в дет. учреждениях. 13) *Штейнбок*—О врожденном сифилисе.

Намечено: 1) Принципы и методы работы консультации для беременных. 2) Оценка разных систем физических упражнений с врачебной точки зрения. 3) Утомляемость детей и методика изучения ее. 4) Методы оценки физического развития ребенка.

Наиболее оживленно работала секция охр. мат. млад и охр. здоровья детей—(руководитель *Р. Моносзон-Любина),* второе место занимала Санитарная Секция *(Л. С. Марголина),* третье—Венерологическая *(В. М. Пальчиков).* Остальное две секции—сан. просветительная и Туберкулезная—сформировались лишь к концу отчетного года и имели по одному заседанию.

Председатель кружка **К. Ю. Кононович.**

Деятельность Минского Дермато-Венерологического кружка при Минском Научном Обществе врачей.

25 мая 1926 года Дермато-Венерологический кружок вступил в третий год своего существования. На годичном собрании секретарем был зачитан доклад о деятельности кружка за истекший год, утвержден устав его, установлены членские взносы, утверждено положение, по которому все члены кружка могут пользоваться библиотекой вендиспансера и был избран президиум в составе: профессора В. Ю. Мронговиуса (председатель), доктора С. К. Розенталя (зам. председателя), д-ра А. Н. Шапиро (ответственный секретарь), д-ра Б. С. Ябленика (второй секретарь) и д-ра Б. Г. Островского (казначей).

За период с 13 июня 1926 года по 5 января 1927 года состоялось пять заседаний. Открывая первое заседание, председатель сообщил о смерти члена кружка д-ра Абрама Натановича Маргулиса, предложил почтить память его вставанием, выразить от имени кружка семье его через газету соболезнование, участвовать всем в похоронах и в знак траура закрыть собрание.

На следующих четырех заседаниях были демонстрированы больные и заслушаны доклады.

1. Д-р *Б. Г. Островский*—демонстрировал больного из вендиспансера с твердым шанкром, как случай реинфекции сифилиса.
2. Д-р *А. Н. Шапиро* сделал доклад о I-м Поволжском С'езде по борьбе с венболезнями в Казани 11-15 сентября (напечатан в Б.М.Д).
3. Профессор *В. Ю. Мронговиус* (из Кожно-Вен. Клиники БГУ)—представил больного с риносклеромой.
4. *Он-же* из той-же Клиники—casus pro diagnosi.
5. *С. К. Розенталь* (из Кожно-Венерологической Клиники)—случай пендинской язвы.
6. *И. И. Богданович* (из К.-В. Клиники)—больного с красной волчанкой,—локализация на лице и волосистой части головы.
7. *С. М. Башмакова* (из К.-В. Клиники)—два случая Lupus vulgaris и Erythema exudativum multiforme.
8. Д-р *Сагальн* (из Минского Военного Госпиталя) представил больного с Lichen sclerosus.
9. Профессор *Мронговиус* (из К.-В. Диспансера) представил больного с naevus tardinus.
10. *Он-же*, оттуда-же—с Elephantiasis в области щек и носа.
11. *Он-же*, оттуда-же—больную с psoriasis vulgaris на руках и ногах с одновременным поражением трихофитией ногтей.
12. Д-р *С. А. Берман* сделал доклад о лечении бубонов.
13. Д-р *А. И. Мейзель* представила больную с предполагаемой болезнью Bauwena.
14. Профессор *В. Ю. Мронговиус* (из К.-В. Диспансера) представил случай pro diagnosi.
15. Д-р *А. Н. Шапиро* сделал доклад „О заболеваемости венболезнями в Минске“ по данным Минского Вендиспансера за 1925 г. (Печатается в этом № „Беларускай Мэдычнай Думкі“).

Секретарь *А. Н. Шапиро.*

Информационный отдел.

В Коллегии Народного Комиссариата Здравоохранения за период с 1-I по 19-II 1927 г.

Заседание от 4 января.

О работе комиссии Наркомздрава в Гомеле и Речице.

В связи с присоединением к Белоруссии Гомельщины, Наркомздравом была делегирована Комиссия для обследования состояния лечсанучреждений и с целью урегулирования вопросов, связанных с работой по разделению имущества между БССР и РСФСР. По возвращении комиссии, Коллегия Наркомздрава, заслушав доклад тов. Дихтяра постановила: при составлении бюджета Гомельского и Речицкого округов не уменьшать нормы измерителей, на основании которых содержались лечсанучреждения. Для окончательной проработки вопросов бюджета выделена особая комиссия, которой поручено рассмотреть вопрос о новых учреждениях, которым придется давать дотацию из фонда „Г". Коллегия НКЗ поручила Лечебно-Профилактическому Отделу разработать проект организации в Гомеле психлечебницы; до разрешения этого вопроса связаться с Смоленским Губздравом о забронировании мест для психбольных, которые будут направляться из Гомеля и Речицы. По линии Белмедторга считать целесообразным организовать в Гомеле отделение Белмедторга, которое будет снабжать и соседние округа.

Порядок снабжения медикаментами крестьян в этих округах заключался в том, что только 70% крестьян получали медикаменты бесплатно, а остальные по представлении в больницы и амбулатории свидетельств, удостоверяющих их бедность. Коллегия постановила это упразднить и ввести в действие общий порядок, принятый по БССР, т.-е. бесплатную выдачу медикаментам всем крестьянам.

Постановлено также разработать вопрос об организации в Гомеле туберкулезного ночного станционара.

Протезную мастерскую в Гомеле сделать отделением Центральной Протезной Мастерской в гор. Минске.

Находящийся в Гомеле оспенный телятник закрыть, ввиду централизации изготовления оспенной вакцины в Государственном Бактериологическом Институте, находящемся в г. Минске.

О 2-ом Всебелорусском С‘езде участковых врачей.

Заслушана информация об изменении количества делегатов на 2-м Всебелорусском С‘езде участковых врачей в связи с присоединением Гомельского и Речицкого округов.

В дополнение к повестке дня С'езда, утвержденной Коллегией НКЗ от 30-X-1926 г., были приняты следующие доклады: т. Цвикевича—„Вучастковы доктар і краязнаўчая праца“, тов. Тремповича —„Хірургічная дапамога ў вёсцы“, тов. Могилевчика—„Пэрспэктывы кватэрнага будаўніцтва ў вёсцы“, тов. Смулевича—„Заболеваемость и смертность в БССР“ и т. Поляка—О журнале „Беларуская Мэдычная Думка“.

К С'езду приурочить созыв аптечного совещания.

Выделена Орг. Комиссия по созыву С'езда.

О распределении научных командировок.

Коллегия НКЗ решила научные командировки распределить, согласно предложения тов. Гарбеля, следующим образом: Санит.-Эпид. Отделу — 2 командировки, Леч. Отделу — 3, а остальные передать Охматмладу и Оздравдету.

О командировании представителя Наркомздрава НКЗ БССР на Всесоюзное совещание Сан.-Эпид. в Москве.

Коллегия НКЗ признала необходимым командировать на указанное совещание тов. Могилевчика.

Заседание от 8 января.

О договоре с Белорусским Государ. Университетом.

В связи с необходимостью использования лечебных учреждений для научных целей, Коллегией НКЗ выделена особая Комиссия из представителей НКЗдрава, Медфака БГУ и Окрздрава для разработки положения о взаимоотношениях Наркомпроса и Наркомздрава, на основании которого поручить в дальнейшем соответствующим Окрздравам разработать договоры с Деканатом БГУ.

О квартальных планах Адм. Орг. и Лечотдела.

Заслушаны отчеты о выполнении квартального плана Леч. Проф. и Адм. Орг. Отделов за период с I-X-1926 г.—I-I-1927 г. Утверждены следующие планы работы на второй квартал январь—март.

По Леч. Проф. Отделу.

1. Организация проведения однодневной переписи стационарных больных по БССР.
2. Упорядочение постановки контроля над краткосрочными отпусками.
3. Разработка мероприятий о концентрации всех противотуберкулезных учреждений в зимнем доме отдыха в Минске и проработка вопроса об организации Тубинститута.
4. Разработка норм обслуживания застрахованных.
5. Разработка положения о диспансерах и подсобных учреждениях.
6. Разработка положения о госпитализации по отдельным специальностям.
7. Разработка отдельных сторон режима в лечебно-профилактических учреждениях:
   а) прием и выписка больных;
   б) ведение истории болезни.

8. Руководство проведением частичной диспансеризации определенного района в Минске.

9. Разработка мер по борьбе с костным туберкулезом.

10. Разработка мероприятий по физическим методам лечения на местах.

11. Разработка показаний к предоставлению отпусков для отдельных заболеваний.

12. Подготовка к докладу в ЦСПСБ о медико-санитарном обслуживании застрахованных по Белоруссии.

13. Участие в работах С'езда участковых врачей.

По Адм. Орг. Отделу.

1. Подготовка и обслуживание С'езда.
2. Права и обязанности медперсонала.
3. Анализ бюджета и начальная подготовка к составлению бюджета 1927-28 г.
4. Подробный годовой отчет Наркомздрава.
5. Структура Наркомздрава.
6. Подготовка к курсам усовершенствования врачей и сестер.

Об аптечном центре.

В целях планового и рационального удешевления снабжения медимуществом и производства медикаментов в Белоруссии, Коллегия Наркомздрава постановила организовать в Белоруссии об'единенное Фармуправление при НЗК с отделениями в окружных городах. Во главе Фармуправления стоит Народный Комиссар или его заместитель, а в окружных отделениях Заведывающий Окрздравом или его заместитель. В функции Фармуправления входит: а) закупка и распределение медикаментов, инструментов и другого медимущества для всей медико-санитарной сети Белоруссии; б) производство медикаментов; в) организация аптек по планам и нормам НКЗ; г) содержание и управление аптечной сетью.

Фармуправление при НКЗ работает на основе хозяйственного расчета. План работы Фармуправления и инструкции для Окрздравов утверждаются Народным Комиссариатом Здравоохранения. Для детального разрешения этого вопроса выделена комиссия под председательством тов. Дихтяра и членов: т. т. Гарбеля, Горфункеля и Синицына.

Заседание от 15 января.

Утверждены тезисы по следующим докладам на 2-м Всебелорусском С'езде участковых врачей: т. Гарбеля—„Рационализация структуры и управления органов и учреждений здравоохранения", т. Барсукова—„Отчетный доклад НКЗдрава", т. Поляка—„О журнале „Беларуская Мэдычная Думка" и т. Смулевича—„Заболеваемость и смертность в БССР".

Об эвакуации психбольных в гор. Могилев.

Ввиду переполнения Психотделения при 2-й Гор. Сов. Больнице в Минске, Коллегия НКЗ постановила эвакуировать 80 психбольных во вновь отстроенный барак для психбольных в гор. Могилеве. Для проведения эвакуации выделена комиссия под председательством тов. Барсукова и членов: т. т. Дихтяра, проф. Гаусмана, Ленца и доктора Донскова.

Заседание от 20 января.

Утверждены тезисы по следующим докладам на 2-м Всебелорусском С'езде участковых врачей: тов. Дихтяра—„Анализ деятельности лечебно-профилактических учреждений города и деревни со стороны диспансеризации и задачи на дальнейшее,“ т. Фалкиной—„Итоги ясельной кампании и тип детского профилактического учреждения в деревне“, тов. Герман—„Анализ деятельности Оздравдета со стороны оздоровления школы“, т. Горфункеля—„О деятельности Белмедторга и рационализация снабжения лекарствами города и деревни“.

Заседание от 9 февраля.

Об обслуживании больных рабочих на вновь строющейся железной дороге Осиповичи—Рославль.

Всю работу по обслуживанию медпомощью рабочих на вновь строющейся железной дороге Наркомздрав берет на себя. Поручено Леч. Проф. и Сан. Эпид. Отделам более детально разработать вопрос об оказании лечебной помощи и организации санучреждений, согласовав таковой с теми Окрздравами, на территории которых будет находиться железная дорога.

О результатах проверки белоруссизации в НКЗ Нацкомиссией ЦИК'а.

Заслушана информация т. Мамчица о проверке Нацкомиссией знаний белорусского языка сотрудниками аппарата. Выводы комиссии следующие:

1. Наркомздрав белоруссизировался на 50 проц.

2. Взяты серьезные шаги к переводу всей работы на белорусский язык.

3. Комиссия отметила серьезное отношение со стороны ответственных работников к белоруссизации и удовлетворительный темп белоруссизации Комиссариата; если этот темп будет продолжен и дальше, то Комиссариат к назначенному 2-й сессией сроку полностью сможет перевести свою работу на белорусский язык.

Коллегия НКЗ постановила:

а) Всем работникам НКЗ закончить изучение белорусского языка до 1-го мая.

б) Всем зав. Отделами принять меры к тому, чтобы все циркуляры были бы ими писаны исключительно на белорусском языке.

в) Все заседания разных комиссий и т. д. при Наркомздраве вести исключительно на белорусском языке.

г) Все работники, какие признаны нацкомиссией знающими белорусский язык удовлетворительно, должны в комиссариате говорить исключительно на белорусском языке.

О программе курсов по переподготовке сестер по Охматмладу.

Утверждена следующая программа курсов по переподготовке сестер по охматмладу:

1. Анатомия и физиология человека с особенностями детского организма.

2. Анатомия и физиология женщины в периоды беременности и после родов.

3. Гигиена женщины в периоды беременности, после родов и в периоде кормления.

4. Уход за здоровьем ребенка грудного и старшего возраста.

5. Гигиена и санитария.

6. Первая помощь.

7. Питание детей.

8. Болезни детей грудного и старшего возраста и уход за больными.

9. Заразные болезни.

10. Социальные болезни.

11. Охрана материнства и младенчества. Типовые учреждения и задачи персонала.

12. Соц. правовая охрана матери и ребенка.

13. Практические занятия: Дом грудного ребенка, консультации, молочная станция, родприют, дом матери и ребенка, консультация для беременных, ясли.

Педологический цикл лекций.

1. Общий курс педологии.

2. Общая система воспитания и ясельный возраст, как первая ступень.

3. Поведение ребенка (рефлексология). Конституция.

4. Методика наблюдения и регистрация наблюдений.

5. Практические занятия: сад, ясли, патронаж, антропометрический кабинет.

Заседание от 10 февраля.

О заявках на строительство по фонду „Г" для медико-санитарных учреждений.

1. По докладу т. Альперович было принято следующее постановление;

а) по центральному лечебному фонду считать необходимым оставить резерв в размере120.000 руб.

б) Считать целесообразным концентрацию туберкулезных медико-санитарных учреждений г. Минска в помещении Дома Отдыха.

в) Считать нецелесообразным организацию Нервной Санатории в самом городе Минске, организовав таковую вне Минска, не предрешая места ее функционирования, для чего резервировать по лечебному фонду 20.000 руб.

По Минскому округу:

а) Для постройки яслей на Сторожевке в г. Минске согласиться с отпуском 10.000 руб.;

б) Утвердить сумму в 39.560 р., намеченную к отпуску на покрытие задолженности Минского Окрздрава по строительству (ремонт ночного санатория, 1-й больницы и постройки районных амбулаторий);

в) При концентрации туберкулезных учреждений иметь в виду организацию дневного санатория, но в настоящий момент от устройства такового отказаться;

г) Исключить из заявки Минокрздрава 27.612 руб. на постройку районной амбулатории на Ляховке, отложив осуществление указанного мероприятия до будущего бюджетного года;

д) Считать необходимым удовлетворить заявку Минокрздрава на устройство и оборудование прачешной при Центральном Родильном Доме и отпустить необходимые средства.

е) Отпустить 5.000 р. на организацию детской столовой при Центральном Детском Диспансере в г. Минске и 2.000 рублей на оборудование Рентгеновского Кабинета в Койданове.

ж) Отпустить 5.000 рублей на организацию и содержание центрального лагеря для пионеров в гор. Минске.

По Витебскому округу:

а) Отпустить 8.000 рублей на постройку помещения для амбулатории при фабрике „Двина“, а также на приспособление помещения для Главврача;

б) Отпустить 4.000 руб. на постройку помещения для яслей при Высочанской фабрике;

в) Остальные заявки на строительство по Витебскому округу с выше указанными поправками—утвердить.

По Калининскому округу:

а) Утвердить сумму в 5.475 рублей на расширение амбулаторной помощи о Мстиславле и отпустить 200 рублей на ремонт Детской Консультации в Климовичах.

По Борисовскому округу:

Заявки на строительство по фонду „Г“ утвердить в сумме—83.930 рублей.

По Слуцкому округу:

Заявки на строительство по фонду „Г“ утвердить в сумме—22.000 рублей.

По Бобруйскому округу:

Заявки на строительство по фонду „Г“ утвердить в сумме—20.000 рублей.

По Полоцкому округу:

Заявки на строительство по фонду „Г“ утвердить в сумме—21.500 рублей.

По Оршанскому округу:

Заявки на строительство по фонду „Г“ утвердить в сумме—16.180 рублей.

По Могилевскому округу:

Заявки на строительство по фонду „Г“ утвердить в сумме—28.817 рублей, с добавочным отпуском 1.500 рублей на организацию Молочной Кухни в Шклове.

По Гомельскому округу:

Заявки на строительство по фонду „Г“ утвердить в сумме—40.000 рублей.

По Речицкому округу:

Заявки на строительство по фонду „Г“ утвердить в сумме—14.000 рублей.

Считать целесообразным по Витебску и Могилеву включить двух школьно-санитарных врачей (за счет местного бюджета фонда „Г“).

Все принятые прибавки должны быть механически увеличены даже за счет центрального резервного фонда „Г“.

По Мозырскому округу:

Заявки на строительство по фонду „Г“ утвердить в сумме—22.000 рублей.

О праздновании международного женского дня—8 марта.

Утвержден следующий план празднования 8 марта:

Произвести закладку намеченных к постройке яслей.

Приурочить открытие районных консультаций, которые прошли по бюджету 1926-27 года.

Наметить определенные пункты для летних яслей; ставить информацию о летней ясельной кампании на крестьянских сходах.

Выделить из крестьянок-общественниц кандидаток на окружные курсы для летней ясельной работы.

Обследовать работу городских и районных учреждений, путем привлечения большего количества делегаток.

Устраивать в учреждениях (яслях и консультациях) по опыту прошлого года вечера спайки матерей с персоналом с докладом о состоянии данного учреждения.

На рабочих собраниях и в местной печати отметить достижения, которые мы имеем по охране материнства и младенчества в городе и деревне.

Ко дню 8 марта создать окружной ясельный фонд (денежный) к летней кампании, для чего привлечь все местные организации, особенно Бел. О-ва Красного Креста.

Об абортных комиссиях.

Заслушав доклад об абортных комиссиях, Коллегия НКЗ постановила:

а) В городе и районах, где имеются Советы Социальной Помощи, передать функции абортных комиссий этим Советам.

б) В районах, где не имеется Советов Социальной Помощи, функции абортных комиссий оставить за последними.

в) Коллегия Наркомздрава отклоняет плотность коек для абортируемых при лечебных учреждениях.

г) Предложить всем Окрздравам увеличить количество коек для абортируемых. Для этой цели забронировать часть коек из числа акушерско-гинекологических.

О дальнейшем существовании Рабмеда.

Заслушав доклад тов. Дихтяра о дальнейшем существовании Рабмедов, Коллегия НКЗ постановила:

1. Все суммы, поступающие по страховому Лечебному фонду органами социального страхования, передаются в непосредственное распоряжение органов Здравоохранения, которые являются единственными распорядителями их.

2. Фонд медпомощи застрахованным является добавочным к средствам по местному и госбюджету и не должен включаться в последний или вести к сокращению бюджетных ассигнований на дело здравоохранения.

3. Фонд медпомощи участвует во всех без исключения мероприятиях по здравоохранению, как лечебного, так и лечебно-профилактического и общественного значения.

4. Фонд медпомощи застрахованным расходуется по особым сметам, составляемым органами здравоохранения и, утверждаемым ими по обсуждении на рабочем совещании, работающим на основе особого положения, разработанного НКЗ.

5. Общее наблюдение за правильным расходованием фонда медпомощи ведет СНК и Окрисполком на местах.

6. На сметы по лечфонду распространяются все правила общебюджетной дисциплины, при чем изменение смет не может производиться без разрешения СНК или Окрисполкомов на местах.

7. За организацию медико-санитарного обслуживания застрахованных несет ответственность НКЗ и его органы на местах, не выделяя для этого специальных п/отделов Рабочей Медицины. П/о Раб. Медицины ликвидируются.

8. Все спорные вопросы между НКЗ и НКТ и их органами на местах, возникающие по поводу медобслуживания застрахованных или использования лечфонда разрешаются СНК и Окрисполкомами.

О санитарном состоянии водопроводно-электрической станции в гор. Минске.

Заслушав информацию комиссии, выделенной для обследования санитарного состояния водопроводно-электрической станции в г. Минске, в связи с ухудшением качества питьевой воды, Коллегия Наркомздрава постановила:

а) Считать целесообразным организацию Минским Окрздравом Окружной санитарной лаборатории.

б) Считать необходимым и одобрить мероприятия относительно хлорирования и обезвреживания воды.

в) Необходимо Окрздраву совместно с санитарной организацией окончательно установить охранную зону вокруг водопроводной станции.

Хроника.

Постройка павильона для туберкулезных детей.

НКЗ приступил к постройке павильона на 25-30 коек для детей, больных легочным туберкулезом, при санатории Черницы, Витебского округа.

Для этой цели НКЗ отпущено 21.000 руб.

В Центральном Совете борьбы с проституцией.

7-го января состоялось первое собрание по вопросу о реорганизации Центрального Совета по борьбе с проституцией при Народном Комиссариате Здравоохранения БССР. Избран президиум в составе 7 человек: председатель—д-р И. И. Цвикевич, зам. председателя—тов. Альперович, секретарь—д-р А. Н. Шапиро; члены правления: т. т. Каган из ЦК Женотдела, д-р С. Р. Дихтяр от Института Социальной Гигиены. Кандидатами—т. Гарт от Наркомюста, т. Гольдинберг от Наркомтруда. Кроме президиума, избраны еще 4 комиссии: правовая комиссия, хозяйственно-финансовая, трудовая и культурно-просветительная.

У Беларускім Т-ве Чырвонага Крыжу.

У 1926 г. Беларускае Т-ва Чырвонага Крыжу закончыла пяты год свайго існаваньня.

У перадавым артыкуле „Бюлетэню“ № 2—3 за кастрычнік-сьнежань месяц, прысьвечаным пяцёхгодзьдзю, коратка ўспамінаюцца ўсе этапы, якія прайшоў за гэты час Беларускі Чырвоны Крыж, і прароблёная праца. За кароткі час існаваньня Т-ва накарміла звыш $1^1/_2$ мільёнаў галодных, дало вопратку, абутак і прытулак не аднэй тысячы дарослых і дзяцей.

Асабліва вялікія дасягненьні мае Т-ва ў апошнія гады, калі яно стала на шырокі грамадзкі шлях і прыдбала сабе ўвагу ўсіх колаў Савецкае Беларусі.

Пяць мінулых год, найбольш цяжкіх і найбольш адказных, зьяўляюцца гарантыяй таго, што будучына Беларускага Т-ва Чырвонага Крыжу забясьпечана.

Бюро Ц. К. Чырвонага Крыжу на пасяджэньні 2-га сьнежня 1926 г. зацьвердзіла „Палажэньне аб камісіі садзейнічаньня фізкультурнаму і піонэрскаму руху Беларускага Т-ва Чырвонага Крыжу“.

Камісія організавана з мэтаю прапаганды ідэй Чырвонага Крыжу сярод фізкультурнікаў і піонэраў і ўцягненьня іх у шэрагі Чырвонага Крыжу; дапамогі ў організацыі мэдычнага абслугоўваньня фізкультуры і піонэрскага руху; матар'яльнай дапамогі ў організацыі памяшканьняў і ў правядзеньні фізкультурных і піонэрскіх сьвяткаваньняў; дапамогі ў выданьні брашур па фізкультурнаму і піонэрскаму пытаньнях і організацыі фонду фізкультурнага і піонэрскага руху.

Письмо в редакцию.

В № 12-13 журнала „Беларуская Мэдычная Думка", в статье М. И. Барсукова—„Девятая годовщина Октябрьской революции и советское здравоохранение" вспоминаются первые товарищи и организации советского здравоохранения, при чем совершенно не упомянуто о бывшем морском ведомстве, во главе здравоохранения которого революционным флотом был поставлен комиссар гл. упр. сан. части флота П. А. Новицкий, который в дальнейшем входил от морского ведомства в Совет Врачебных Коллегий в Москве, о чем, вероятно, забыл уже М. И.

Неупоминание о наиболее активном революционном ведомстве (флоте) первой эпохи Советской власти, по моему, является некоторым пробелом в истории Советской медицины, чем и вызвана моя справка.

Врач **Новицкий.**

В своей статье: „Девятая годовщина пролетарской революции и советское здравоохранение" я не намерен был писать подробной истории возникновения Советского здравоохранения. Моя цель была более скромная: поделиться теми личными воспоминаниями, которые, до некоторой степени, могут помочь будущему историку иметь первоначальные материалы.

Редакция „Беларускай Мэдычнай Думкі" очень благодарна сообщению тов. Новицкого и будет очень признательна всем медицинским работникам, которые дадут в журнал свои воспоминания, заметки, материалы о первых днях пролетарской медицины.

Особую ценность приобретут эти материалы к десятой годовщине Октябрьской революции, дабы выявить всех участников и первичных строителей Советского здравоохранения. Просьба все материалы направлять в редакцию „Беларускай Мэдычнай Думкі".

Редакция надеется, что тов. Новицкий более подробно осветит свое участие в работе санитарной организации революционного флота.

М. И. Барсуков.



1964 г.



B000000 1860565